

茂原市
高齡者保健福祉計画
第9期介護保険事業計画
【案】

茂 原 市

目次

第1章 計画の策定にあたって.....	1
1 計画策定の趣旨と背景.....	1
2 計画の性格と位置付け.....	3
3 計画の期間と策定方法.....	5
4 計画の進行管理.....	6
5 日常生活圏域の設定.....	7
第2章 高齢者を取り巻く状況.....	9
1 高齢者の現状と将来推計.....	9
2 介護保険の状況.....	12
3 アンケート調査結果から見た高齢者の状況.....	16
4 高齢者を取り巻く現状と課題.....	26
第3章 基本理念と施策体系.....	31
1 基本理念.....	31
2 基本方針.....	32
3 SDGsとの関連性.....	34
4 施策体系.....	35
第4章 施策の展開.....	36
基本方針1 いきいきと暮らすための健康づくり.....	36
基本方針2 高齢者福祉の充実～住み慣れた地域で自立した日常生活を営むために～.....	40
基本方針3 地域包括ケアシステムの深化・推進.....	51
基本方針4 持続可能な介護保険運営に向けた施策の推進.....	73
第5章 介護サービスの見込み量と保険料.....	75
1 介護サービス.....	75
2 介護給付費等の見込みと介護保険料.....	81
3 第1号被保険者の介護保険料の設定について.....	90

第 1 章 計画の策定にあたって

1 計画策定の趣旨と背景

わが国の高齢者人口（65歳以上の人口）は近年一貫して増加を続けており、令和2（2020）年の国勢調査では高齢化率*は28.8%となっています。また、令和7（2025）年にはいわゆる団塊の世代*がすべて75歳以上となり、将来国民の4人に1人が後期高齢者という超高齢社会を迎えることが見込まれます。全国で見れば、65歳以上人口は令和22（2040）年を超えるまで、75歳以上人口は令和37（2055）年まで、そして要介護認定率*や介護給付費*が急増する85歳以上人口は令和42（2060）年頃まで増加傾向が続くことが見込まれます。

一方で、生産年齢人口*は減少していくことが見込まれ、今後、急激に高齢化が進行する地域もあれば、高齢化がピークを越える地域もあるなど、人口構成の変化や介護ニーズ等の動向は地域ごとに異なります。こうした地域ごとの中長期的な人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえて介護サービス基盤を整備するとともに、地域の実情に応じて、地域包括ケアシステム*の深化・推進や介護人材の確保、介護現場の生産性の向上を図るための具体的な取り組み内容や目標を、優先順位を検討した上で、介護保険事業計画に定めることが重要です。

本市では、令和3年3月に策定した「茂原市高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画」において、基本理念である「一人ひとりが、生きがいを持ちながら、住み慣れたこの地域や環境の中で、自らの意欲・能力に応じて可能な限り居宅で日常生活を続けられる長寿社会」の実現に向け、誰もがその人の生き方が尊重され、生きがいを持ちつつ充実した日々の生活を送ることができる社会、介護等の支援が必要になった場合でも社会全体で支えあい、充実感や生きがいを持ちつつ安全に安心して自分の家で暮らし続けていくことができ、長生きして良かったと思える社会の構築を目指してきました。このたび計画期間が満了したことから、国の第9期計画の基本指針に基づき、令和6年度から令和8年度までの3年間を計画期間とする「茂原市高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画」（以下「本計画」という。）を策定しました。

【国の基本指針】

国は、第9期の介護保険事業計画の方針として、2040年を見据えた中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえて介護サービス基盤を整備するとともに、地域の実情に応じて地域包括ケアシステムの深化・推進や介護人材の確保、介護現場の生産性の向上を図るための具体的な施策や目標について優先順位を検討した上で、介護保険事業（支援）計画に定めることが重要としています。

第9期介護保険事業の基本指針（大臣告示）に関して、令和5年7月に開催された社会保障審議会介護保険部会で検討された基本的な考え方は次のとおりです。

◆第9期介護保険事業の基本指針の基本的な考え方

（令和5年7月社会保障審議会資料より抜粋）

1. 介護サービス基盤の計画的な整備

① 地域の実情に応じたサービス基盤の整備

- ・中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していくことが必要
- ・医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加を踏まえ、医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化が重要
- ・中長期的なサービス需要の見込みをサービス提供事業者を含め、地域の関係者と共有し、サービス基盤の整備の在り方を議論することが重要

② 在宅サービスの充実

- ・居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することが重要
- ・居宅要介護者の在宅生活を支えるための定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの更なる普及

2. 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取り組み

① 地域共生社会*の実現

- ・地域包括ケアシステムは地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得るものであり、制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、地域住民や多様な主体による介護予防や日常生活支援の取り組みを促進する観点から、総合事業の充実を推進

- ・地域包括支援センター*の業務負担軽減と質の確保、体制整備を図るとともに、重層的支援体制整備事業*において属性や世代を問わない包括的な相談支援等を担うことも期待
- ・認知症に関する正しい知識の普及啓発により、認知症への社会の理解を深めることが重要

② デジタル技術を活用し、介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための医療・介護情報基盤を整備

③ 保険者機能の強化

- ・給付適正化事業の取り組みの重点化・内容の充実・見える化

3. 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上

- ・介護人材を確保するため、処遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止、外国人材の受入環境整備などの取り組みを総合的に実施
- ・都道府県主導の下で生産性向上に資する様々な支援・施策を総合的に推進

2 計画の性格と位置付け

(1) 根拠法令等

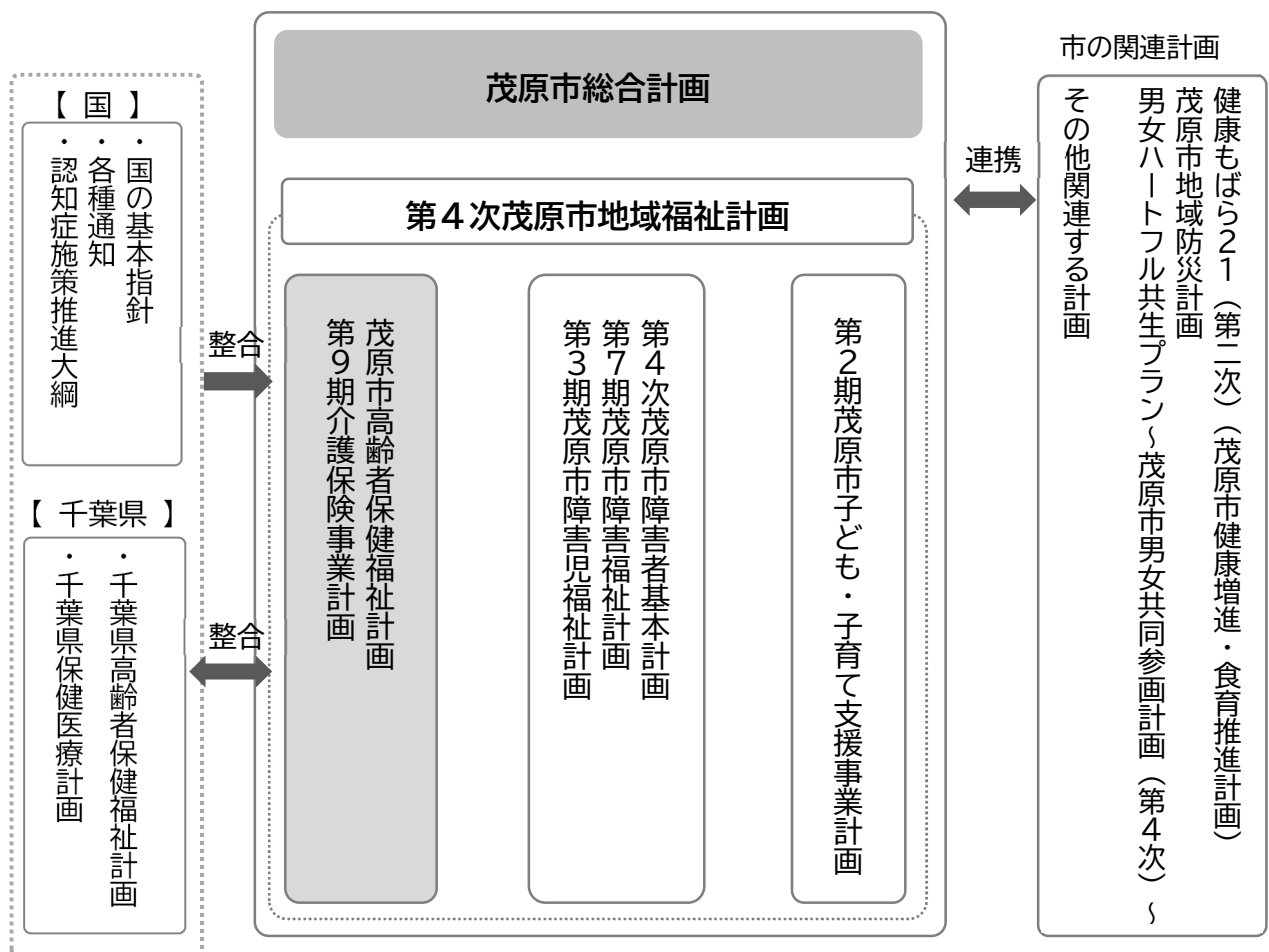
高齢者保健福祉計画は、老人福祉法第20条の8第1項の規定「市町村老人福祉計画」に基づいて策定される計画で、介護保険とそれ以外のサービスを組み合わせ、介護予防、生きがいづくりを含め、高齢者の地域における福祉水準の向上を目指すこと等を目的に策定されます。

一方、介護保険事業計画は、介護保険法第117条第1項の規定「市町村介護保険事業計画」に基づいて策定される計画で、介護サービス量の見込みとその確保策、制度の円滑な実施に向けた取り組みの内容を定めること等を目的としています。

以上の点から、本市では、高齢者に関する保健福祉施策と介護保険施策を総合的・体系的に実施していくため、高齢者保健福祉計画と介護保険事業計画を一体的に策定しています。

(2) 関連計画との関係

本計画の策定に当たっては、本市の総合計画及び地域福祉計画といった関連計画、千葉県高齢者保健福祉計画、千葉県保健医療計画等との整合性を図るとともに、千葉県で設置する「介護保険事業支援計画（高齢者保健福祉計画）圏域連絡会議」を通して、県及び周辺町村と連携も図っています。



3 計画の期間と策定方法

(1) 計画の期間

本計画の期間は、令和6年度から令和8年度までの3年間です。

生産年齢人口が急減する令和22（2040）年を見据えた中長期的な視点を持つものであるとともに、法制度の改正や社会情勢等の状況に応じて随時見直し・改善を図ることができるものとしています。



(2) 計画の策定方法

① 第8期計画の評価と課題の取りまとめ

第8期計画での取り組みについて、目標に対する達成度やどのような成果が創出されているか、あるいは、一方でどのような問題点が発生したか等の観点から評価を行い、本計画の策定に向けた課題等を検討しました。

② アンケート調査の実施

本計画策定の基礎資料とするために、地域の課題や高齢者の顕在的・潜在的なニーズ等を把握するための「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」、及び介護サービスのあり方を検討することを目的とした「在宅介護実態調査」を実施しました。

●介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」は令和5年2月に市内在住の介護認定を受けていない65歳以上の方2,500人を対象に、郵送にて調査を実施しました。回答者数は1,676人、回答率は67.0%です。

● 「在宅介護実態調査」

「在宅介護実態調査」は在宅で介護サービスを利用されている方のうち、令和4年11月から令和5年7月までの期間中、介護認定の更新申請・区分変更申請に伴い認定調査を受けた方500人を対象に、介護認定調査員が聞き取り調査の形で実施しました。回答率は100%です。

(3) 運営協議会の開催

保健・医療・福祉の学識経験者や被保険者の代表者等により構成する「茂原市介護保険運営協議会」において、計画の案等をご審議いただき、専門的・総合的な立場から意見を伺いました。

(4) 関係部局との連携による協議

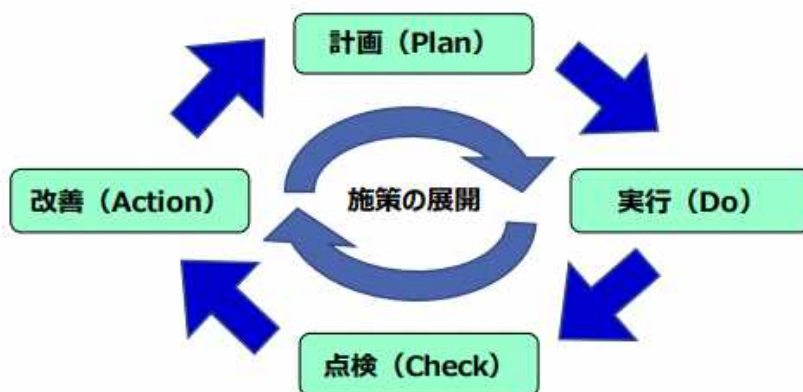
庁内関係部局で組織する「茂原市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画作成委員会」により検討を行いました。

(5) パブリックコメントの実施

計画の案を広く市民に公表し、計画に対する市民からの幅広い意見・要望を募りました。

4 計画の進行管理

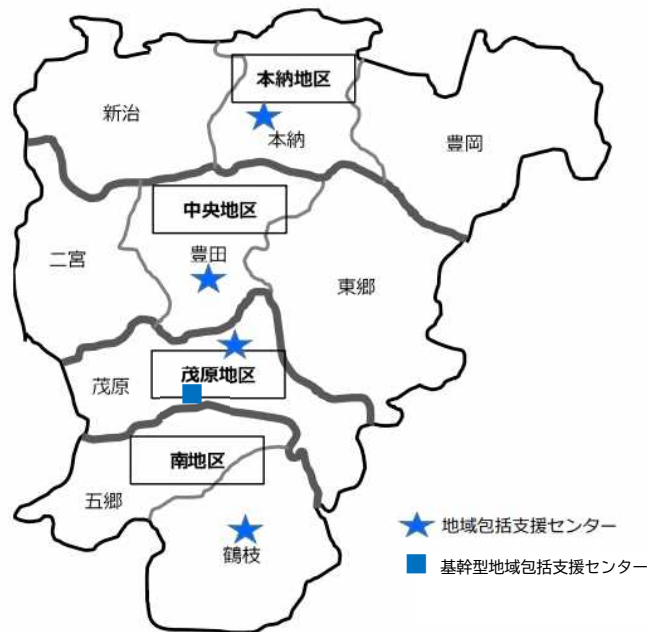
計画の進行管理にあたっては、計画の進捗状況、介護や生活支援に係るサービス等の実施状況などを点検し、市民の意見を計画に反映するために継続して評価を実施する必要があることから、定期的に介護保険運営協議会を開催し、PDCAサイクルに基づき進行管理を行います。



5 日常生活圏域*の設定

平成18年度の介護保険法改正において、住み慣れた地域ごとに介護サービス基盤を整備するという考え方が導入され、その単位として「日常生活圏域」の設定が求められるようになりました。本市では、地区の人口のバランス、高齢者が移動する範囲、連携の期待される区域などを踏まえ、総合的に勘案した結果、第8期計画と同様に4つの日常生活圏域を設定しています。

第5期計画時に、地域包括ケアの中核機関である地域包括支援センターを日常生活圏域ごとに設置しました。第7期計画時に4圏域の地域包括支援センターに加え、市役所内に基幹型の地域包括支援センターを設置して5か所となり、地域包括支援センターの更なる体制強化を図りました。各圏域においては、それぞれの地域包括支援センターが中心となり、地域ケア会議*等を開催し、地域の現状や課題を把握するとともに、関係機関との情報共有やネットワークの構築を行い、各圏域の実情に応じた取り組みを展開しています。今後も地域包括支援センターの体制強化、機能の向上に努め、地域包括支援センターを中心に地域に根付いた取り組みを進めていきます。



日常生活圏域	大字
本納地区	本納、榎神房、高田、小萱場、法目、西野、下太田、上太田、大沢、柴名、桂、吉井上、吉井下、萱場、弓渡、粟生野、御蔵芝、清水、千沢、南吉田
中央地区	千町、六ツ野、木崎、谷本、本小轡、小轡、新小轡、七渡、東郷、中之郷飛地、川島飛地、長尾、大登、小林、渋谷、腰当、北塚、ゆたか、国府関、真名、山崎、押日、黒戸、庄吉、芦網、緑ヶ丘1~5丁目
茂原地区	茂原、高師、高師町1~3丁目、萩原町1~3丁目、上林、鷺巣、上茂原、箕輪、長谷、内長谷、墨田、早野新田、東茂原、大芝、大芝1~3丁目、千代田町1~2丁目、八千代1~3丁目、道表、東部台1~4丁目、小林飛地、中部、茂原西、高師台1~3丁目、町保
南地区	早野、綱島、中善寺、石神、八幡原、六田台、緑町、長清水、上永吉、下永吉、猿袋、三ヶ谷、立木、台田、野牛、中の島町

各日常生活圏域の男女別年齢別人口と高齢化率（令和5年10月1日現在）

	15歳未満	15～64歳	65歳以上	うち、75歳以上	合計	高齢化率	後期高齢化率
本納地区	719	5,853	4,618	2,465	11,190	41.3%	22.0%
男	365	3,076	2,159	1,034	5,600	38.6%	18.5%
女	354	2,777	2,459	1,431	5,590	44.0%	25.6%
中央地区	2,822	16,474	9,682	5,049	28,978	33.4%	17.4%
男	1,445	8,398	4,464	2,217	14,307	31.2%	15.5%
女	1,377	8,076	5,218	2,832	14,671	35.6%	19.3%
茂原地区	3,362	16,824	8,402	4,707	28,588	29.4%	16.5%
男	1,732	8,622	3,698	1,897	14,052	26.3%	13.5%
女	1,630	8,202	4,704	2,810	14,536	32.4%	19.3%
南地区	1,377	9,706	6,961	4,080	18,044	38.6%	22.6%
男	713	5,138	3,098	1,739	8,949	34.6%	19.4%
女	664	4,568	3,863	2,341	9,095	42.5%	25.7%
市全体	8,280	48,857	29,663	16,301	86,800	34.2%	18.8%
男	4,255	25,234	13,419	6,887	42,908	31.3%	16.1%
女	4,025	23,623	16,244	9,414	43,892	37.0%	21.4%

各日常生活圏域の要支援・要介護認定者数（令和5年10月1日現在）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
本納地区								
第1号被保険者	89	96	153	153	118	129	94	832
65歳以上70歳未満	3	1	4	7	4	3	2	24
70歳以上75歳未満	13	8	8	12	13	6	7	67
75歳以上80歳未満	16	14	22	20	18	11	12	113
80歳以上85歳未満	29	25	43	31	26	27	16	197
85歳以上90歳未満	17	33	38	40	20	28	21	197
90歳以上	11	15	38	43	37	54	36	234
第2号被保険者	0	0	2	4	3	3	5	17
総数	89	96	155	157	121	132	99	849
中央地区								
第1号被保険者	190	219	325	260	199	210	147	1,550
65歳以上70歳未満	11	8	8	9	5	0	3	44
70歳以上75歳未満	23	15	29	26	16	15	15	139
75歳以上80歳未満	29	35	48	42	25	22	16	217
80歳以上85歳未満	54	59	84	54	32	42	31	356
85歳以上90歳未満	55	60	85	68	53	49	25	395
90歳以上	18	42	71	61	68	82	57	399
第2号被保険者	4	3	325	260	199	210	147	40
総数	194	222	335	270	202	213	154	1,590
茂原地区								
第1号被保険者	182	169	310	291	174	242	164	1,532
65歳以上70歳未満	4	4	7	19	4	7	2	47
70歳以上75歳未満	18	14	22	23	9	12	13	111
75歳以上80歳未満	31	25	42	36	20	31	18	203
80歳以上85歳未満	53	50	69	58	34	46	30	340
85歳以上90歳未満	54	45	87	74	39	63	36	398
90歳以上	22	31	83	81	68	83	65	433
第2号被保険者	2	2	5	4	5	9	1	28
総数	184	171	315	295	179	251	165	1,560
南地区								
第1号被保険者	148	128	258	185	146	125	128	1,118
65歳以上70歳未満	4	1	8	5	5	3	5	31
70歳以上75歳未満	11	13	17	13	11	13	16	94
75歳以上80歳未満	18	15	43	22	20	17	15	150
80歳以上85歳未満	51	46	67	38	32	19	28	281
85歳以上90歳未満	47	36	71	55	41	35	25	310
90歳以上	17	17	52	52	37	38	39	252
第2号被保険者	2	1	7	2	7	5	5	29
総数	150	129	265	187	153	130	133	1,147
市全体								
第1号被保険者	617	621	1,075	911	666	735	561	5,186
65歳以上70歳未満	22	14	31	41	18	14	12	152
70歳以上75歳未満	66	50	77	76	53	48	54	424
75歳以上80歳未満	94	90	157	126	84	84	65	700
80歳以上85歳未満	188	181	267	186	126	135	110	1,193
85歳以上90歳未満	179	179	287	240	167	182	112	1,346
90歳以上	68	107	256	242	218	272	208	1,371
第2号被保険者	8	6	25	21	18	21	19	118
総数	625	627	1,100	932	684	756	580	5,304

※住所地特例施設入所者（市外在住者）がいるため、各圏域の認定者数の合計が市全体と一致しないことがあります。

第2章

高齢者を取り巻く状況

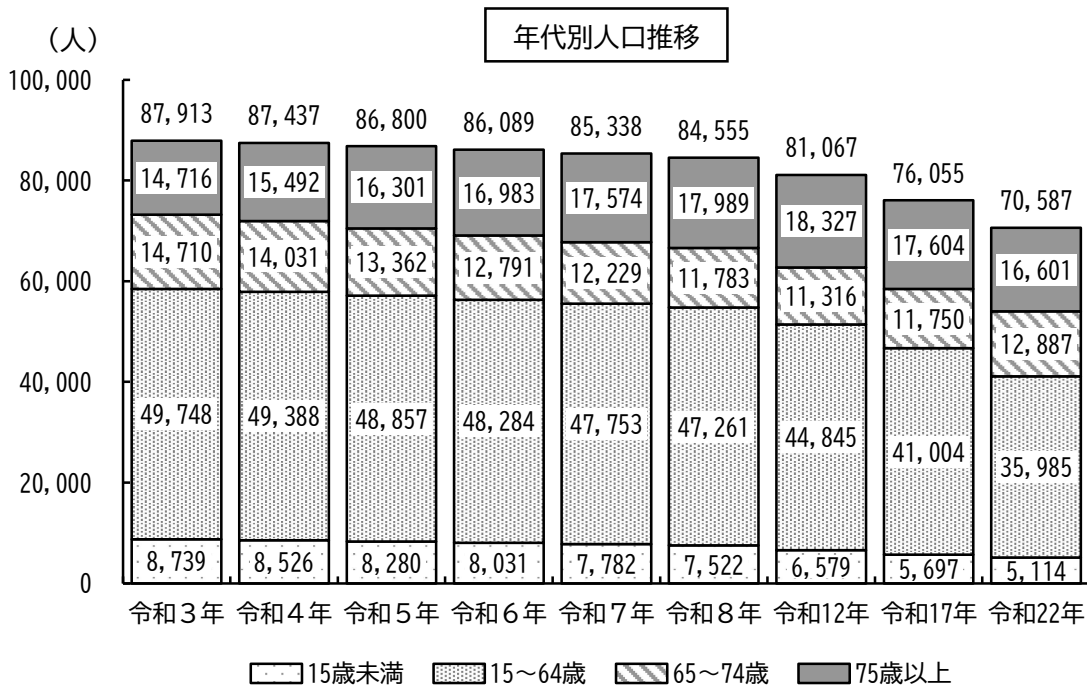
1 高齢者の現状と将来推計

(1) 高齢者人口の推移

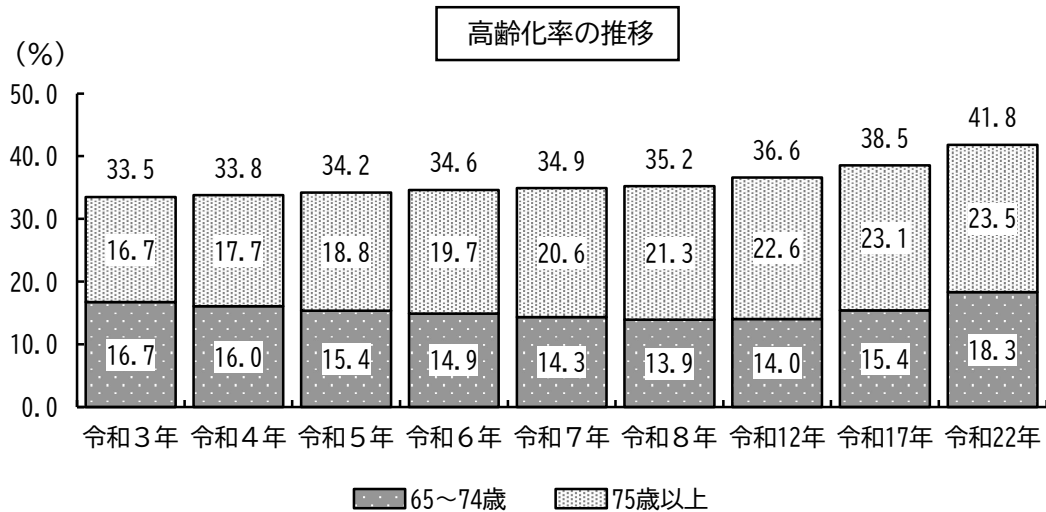
本市の総人口は減少傾向にあり、令和5年10月には86,800人となっています（住民基本台帳人口）。そのうち、65歳以上の高齢者人口は29,663人、高齢化率は34.2%となっています。

今後を展望すると、団塊の世代のすべてが75歳以上となる令和7年の高齢者人口は29,803人、高齢化率は34.9%にのぼる見込みです。さらに、団塊ジュニア世代*が65歳に達し、全国の高齢化率がピークを迎える令和22年には高齢者人口は29,488人、高齢化率は41.8%に達すると推計されます。

一方、市の総人口は令和7年には85,338人、令和22年には70,587人まで落ち込む見込みです。高齢者を支える生産年齢人口の減少が見込まれる中、今後は、高齢者の健康寿命*の維持・延伸や、要介護状態になった場合においても重度化を防ぎ、軽度化を図ることが一層重要となります。



資料：令和5年までは住民基本台帳（各年10月1日現在）
令和6年以降はコーホート変化率*による推計値



資料：令和5年までは住民基本台帳（各年10月1日現在）
 令和6年以降はコーホート変化率法による推計値
 ※65～74歳の割合と75歳以上の割合の合計が、四捨五入の関係で高齢化率と一致しないことがあります。

(2) 高齢者のいる世帯の動向

本市が実施した「高齢世帯実態把握事業」によると、令和4年10月1日現在において、新たに75歳になった単身世帯は4,921世帯、新たに75歳になった方を含む75歳以上のみで構成されている世帯（老老世帯）は2,292世帯となっています。

高齢世帯実態把握

単位：世帯

項目		令和3年度	令和4年度
総世帯数		41,149	41,567
単身世帯	対象者数	4,736	4,921
	把握数	3,350	3,654
老老世帯	対象者数	2,440	2,292
	把握数	1,884	1,885

資料：高齢世帯実態把握事業
 総世帯数については各年度とも10月1日現在の値

(3) 健康寿命

健康寿命を補完する指標の1つである平均自立期間*は、男女ともに増減を繰り返しており、平成28年から令和元年までは大きな変化はありませんが、県平均と比較すると、期間を通じて男女ともにすべての年代において、下回っている状況になっています。

男女で比較すると、75歳までは女性が男性に比べ、1年以上高くなっていますが、80歳を超すと、男女の差が少なくなっています。

平均自立期間の推移

単位：年

性別	年齢	平成 28 年		平成 29 年		平成 30 年		令和元年	
		茂原市	千葉県	茂原市	千葉県	茂原市	千葉県	茂原市	千葉県
男性	65	17.72	17.80	17.48	17.89	17.56	18.03	17.61	18.12
	70	13.74	13.94	13.53	13.98	13.61	14.10	13.66	14.18
	75	10.22	10.33	10.10	10.41	10.22	10.54	10.22	10.64
	80	7.00	7.11	6.85	7.19	7.02	7.34	7.00	7.43
	85	4.39	4.48	4.25	4.54	4.37	4.64	4.23	4.71
女性	65	20.51	20.61	20.42	20.74	20.51	20.91	20.38	20.99
	70	16.07	16.16	15.94	16.27	16.07	16.44	15.96	16.51
	75	11.78	11.88	11.68	12.01	11.85	12.17	11.77	12.26
	80	7.86	7.95	7.79	8.07	7.93	8.24	7.89	8.32
	85	4.55	4.70	4.55	4.77	4.62	4.92	4.63	4.96

資料：千葉県「健康情報ナビ」

※令和5年12月時点における最新データは令和元年です。

2 介護保険の状況

(1) 介護保険被保険者数の推移

介護保険制度では、65歳以上の方を第1号被保険者、40歳以上65歳未満で医療保険に加入している方を第2号被保険者と定義しています。

令和5年の介護保険被保険者は、第1号被保険者が29,663人、第2号被保険者が29,791人となっています。

今後については、第1号被保険者数は令和7年ごろをピークに減少に転じ、令和22年には29,488人となる見込みです。一方、第2号被保険者数は年々減少を続け、令和22年には22,532人にまで落ち込むと予測されます。

介護保険被保険者数の推移

単位：人

		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	令和 22年
第1号	65～74歳	14,710	14,031	13,362	12,791	12,229	11,783	11,316	11,750	12,887
	75歳以上	14,716	15,492	16,301	16,983	17,574	17,989	18,327	17,604	16,601
	計	29,426	29,523	29,663	29,774	29,803	29,772	29,643	29,354	29,488
	対人口比	33.5%	33.8%	34.2%	34.6%	34.9%	35.2%	36.6%	38.6%	41.8%
第2号	40～64歳	29,965	29,946	29,791	29,610	29,404	29,213	27,976	25,732	22,532
	対人口比	34.1%	34.2%	34.3%	34.4%	34.5%	34.5%	34.5%	33.8%	31.9%
被保険者数計		59,391	59,469	59,454	59,384	59,207	58,985	57,619	55,086	52,020

資料：令和5年までは住民基本台帳（各年10月1日現在）
令和6年以降はコーホート変化率法による推計値

(2) 要支援・要介護認定者数の推移

令和5年度の要支援・要介護認定者数は5,160人となっています。今後についても、要支援・要介護認定者数は増加を続け、令和22年度には6,454人と、令和5年度の約1.25倍となる見込みです。また、第1号被保険者における認定率も年々高まり、令和3年度の16.7%が令和22年度には21.6%と予測されます。

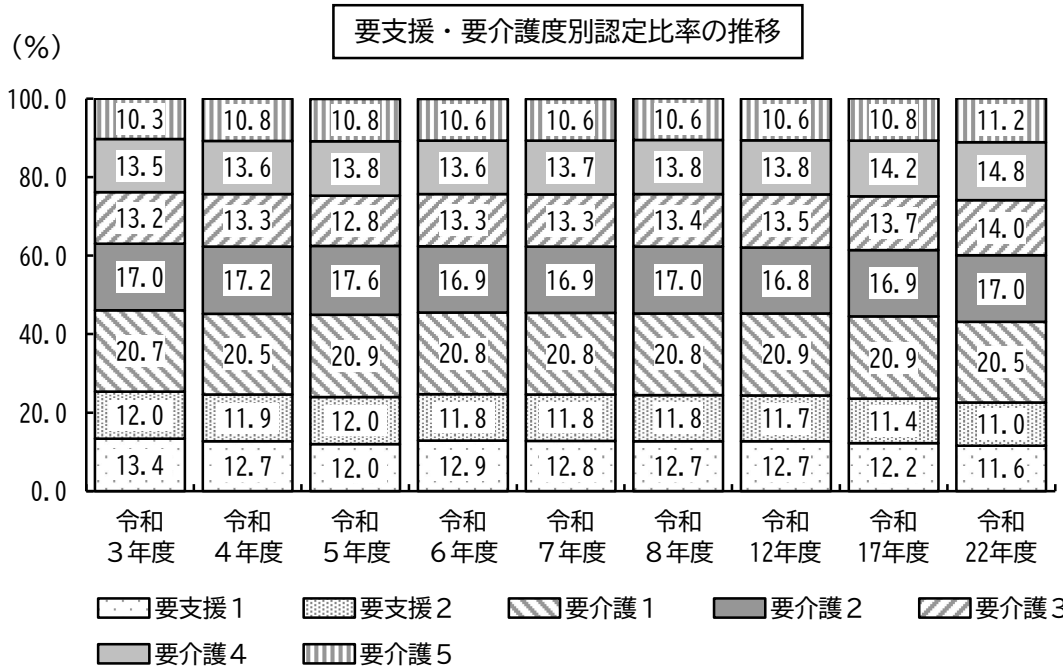
内訳をみると、要介護1・2が最も多く、構成比は大きく変化しない見込みとなっています。

要支援・要介護認定者の推移

単位：人

	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	令和22年
総数	5,034	5,120	5,160	5,445	5,566	5,685	6,211	6,554	6,454
要支援1	674	650	618	702	714	724	789	801	746
要支援2	603	610	621	645	658	669	724	748	709
要介護1	1,041	1,052	1,078	1,132	1,158	1,181	1,301	1,367	1,322
要介護2	855	879	910	921	943	964	1,044	1,105	1,096
要介護3	662	683	663	724	742	761	837	899	905
要介護4	681	695	713	743	762	783	856	928	954
要介護5	518	551	557	578	589	603	660	706	722
第1号被保険者	4,924	5,018	5,047	5,338	5,459	5,579	6,108	6,459	6,373
要支援1	667	644	609	695	707	717	782	795	741
要支援2	598	603	616	638	651	662	717	741	704
要介護1	1,022	1,036	1,056	1,115	1,141	1,164	1,284	1,352	1,309
要介護2	833	855	891	897	919	940	1,021	1,084	1,078
要介護3	643	665	645	707	725	744	820	884	892
要介護4	662	679	691	724	743	764	839	911	939
要介護5	499	536	539	562	573	588	645	692	710
第2号被保険者	110	102	113	107	107	106	103	95	81
要支援1	7	6	9	7	7	7	7	6	5
要支援2	5	7	5	7	7	7	7	7	5
要介護1	19	16	22	17	17	17	17	15	13
要介護2	22	24	19	24	24	24	23	21	18
要介護3	19	18	18	17	17	17	17	15	13
要介護4	19	16	22	19	19	19	17	17	15
要介護5	19	15	18	16	16	15	15	14	12
認定率(第1号)	16.7%	17.0%	17.0%	17.9%	18.3%	18.7%	20.6%	22.0%	21.6%

資料：令和5年までは介護保険事業状況報告（各年9月末現在）
令和6年以降は見える化システム*による推計値



資料：令和5年までは介護保険事業状況報告
 令和6年以降は見える化システムによる推計値
 ※各年度の割合の合計が四捨五入の関係で100%にならないことがあります。

(3) 介護が必要になった主な原因

本市が令和4年度に実施した「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」結果によると、本市で何らかの介助・介護を必要としている高齢者のその主な原因は、「高齢による衰弱」が20.2%で最も多く、続いて「骨折・転倒」の17.2%、「糖尿病」の16.7%の順となっています。

介助・介護が必要となった主な原因

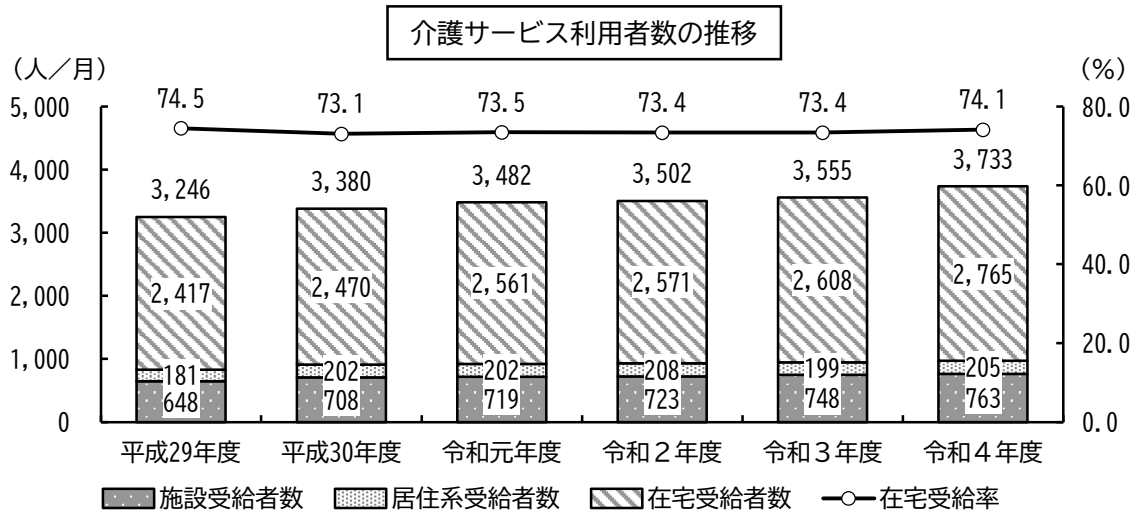
回答数：203、単位：%

原因	回答割合	原因	回答割合
脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	11.3	腎疾患（透析）	3.0
心臓病	9.9	視覚・聴覚障害	7.9
がん（悪性新生物）	10.8	骨折・転倒	17.2
呼吸器の病気（肺炎腫・肺炎等）	5.4	脊椎損傷	7.9
関節の病気（リウマチ等）	8.9	高齢による衰弱	20.2
認知症（アルツハイマー病等）	9.9	その他	19.2
パーキンソン病	1.0	不明	0.5
糖尿病	16.7	無回答	10.3

資料：茂原市「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」

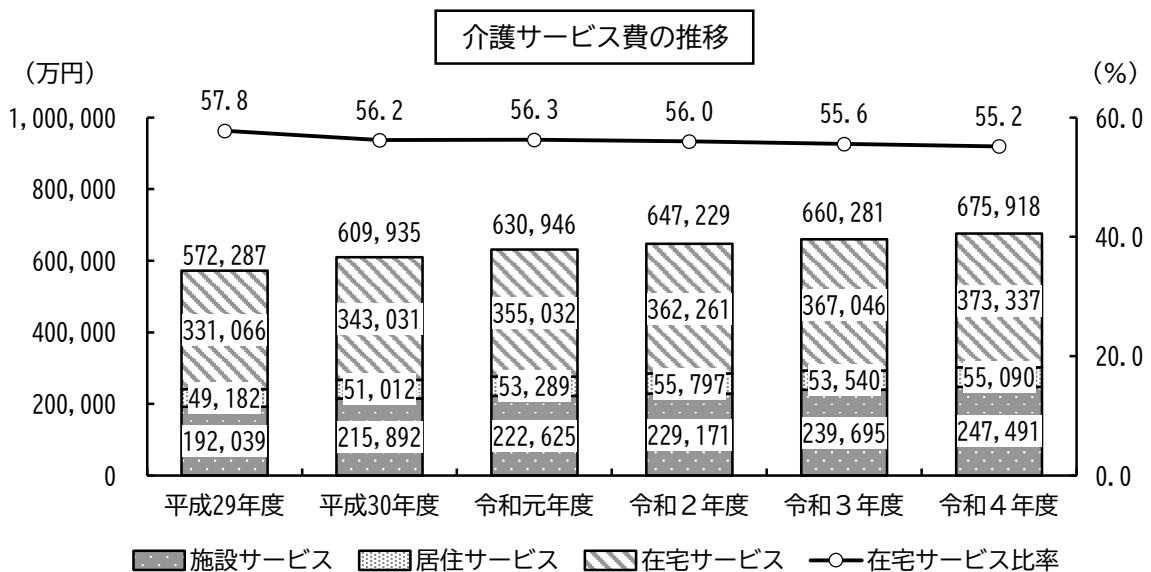
(4) 介護サービスの利用状況

本市における令和4年度の介護サービスの利用者は、1か月あたり3,733人となっており、5年前と比べて約1.2倍の規模となっています。また、介護サービスを受けている要支援・要介護認定者の74.1%が在宅サービスを利用しており、その比率は概ね同水準で推移しています。



資料：介護保険事業状況報告（各年度末現在）

一方、令和4年度の介護サービス費は約67億円で、5年前の約1.2倍となっています。そのうち在宅サービスの給付比率は55.2%となっており、その比率は概ね同水準で推移しています。



資料：見える化システム

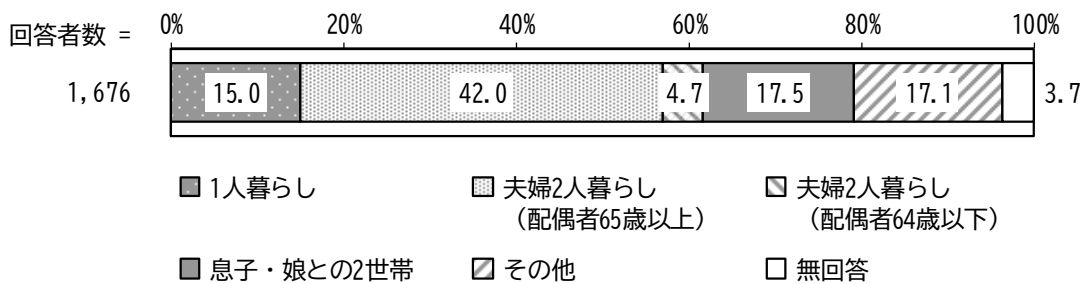
3 アンケート調査結果から見た高齢者の状況

本計画の策定に際して、地域の課題や高齢者の顕在的・潜在的なニーズ等を把握するための「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」、及び介護サービスの在り方を検討することを目的とした「在宅介護実態調査」を実施しています（調査の概要は5～6ページ参照）。本節ではその結果から示唆される今後の方向性について取りまとめます。

(1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

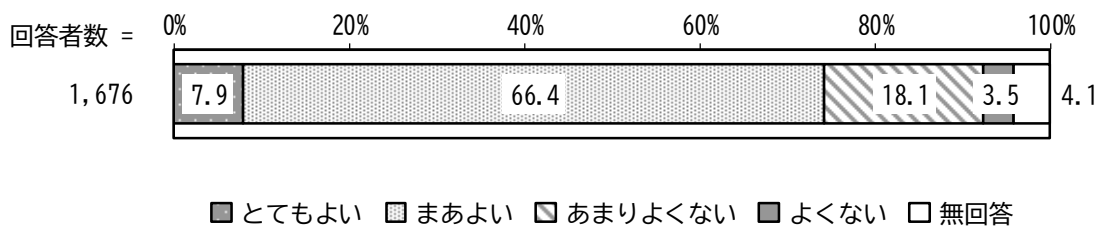
① 家族構成

家族構成については、「夫婦2人暮らし」が42.0%と最も高く、「息子・娘との2世帯」が17.5%、「1人暮らし」が15.0%となっています。



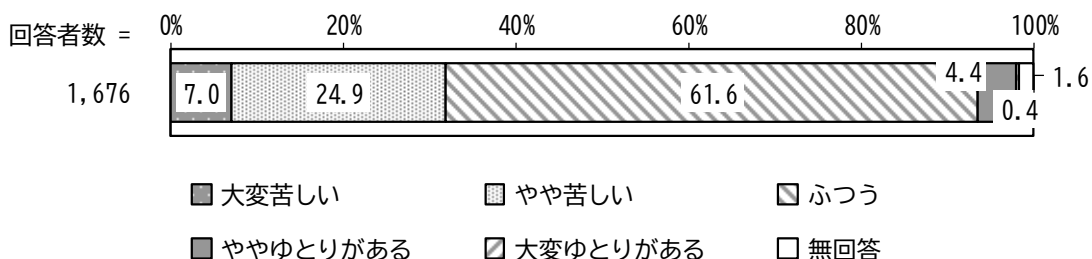
② 健康状態

健康状態については、「とてもよい」が7.9%、「まあよい」が66.4%と“よい”の割合が7割半ばとなっていますが、一方で「あまりよくない」が18.1%、「よくない」が3.5%と“よくない”の割合が2割となっています。



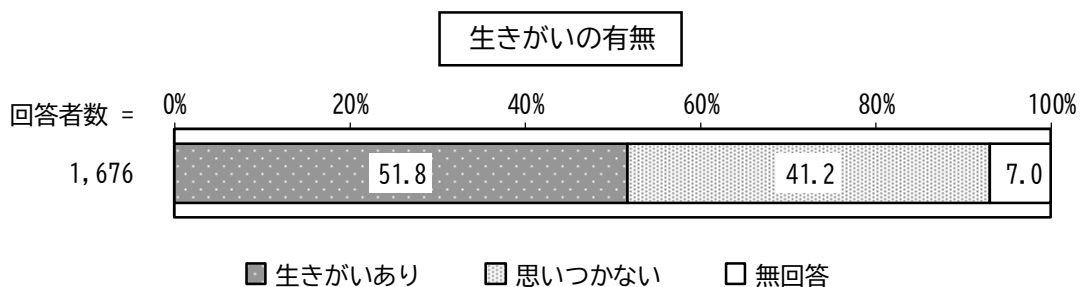
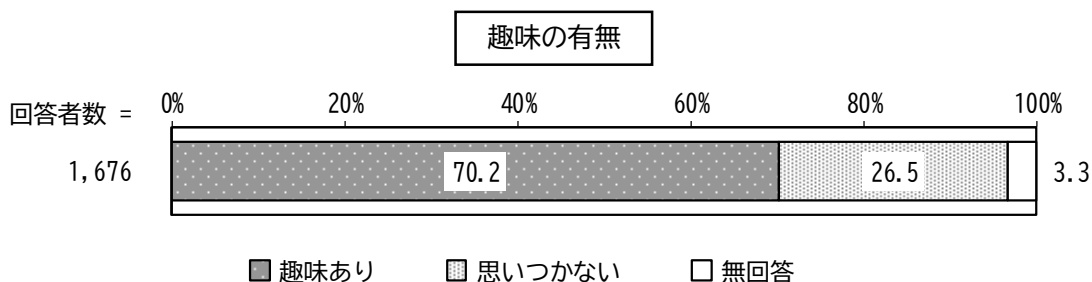
③ 暮らしの状況

暮らしの状況については、「ふつう」が61.6%となっていますが、一方、「大変苦しい」が7.0%、「やや苦しい」が24.9%と“苦しい”の割合が3割以上となっています。



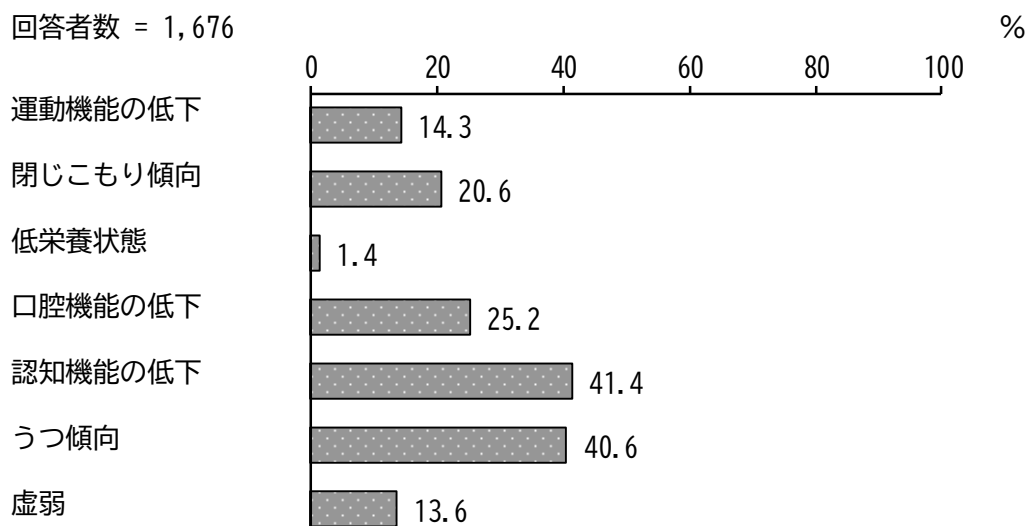
④ 趣味と生きがい

趣味については、7割の高齢者が趣味を持っていると回答しています。一方で、生きがいを明確に持っている人は、半数強にとどまっています。



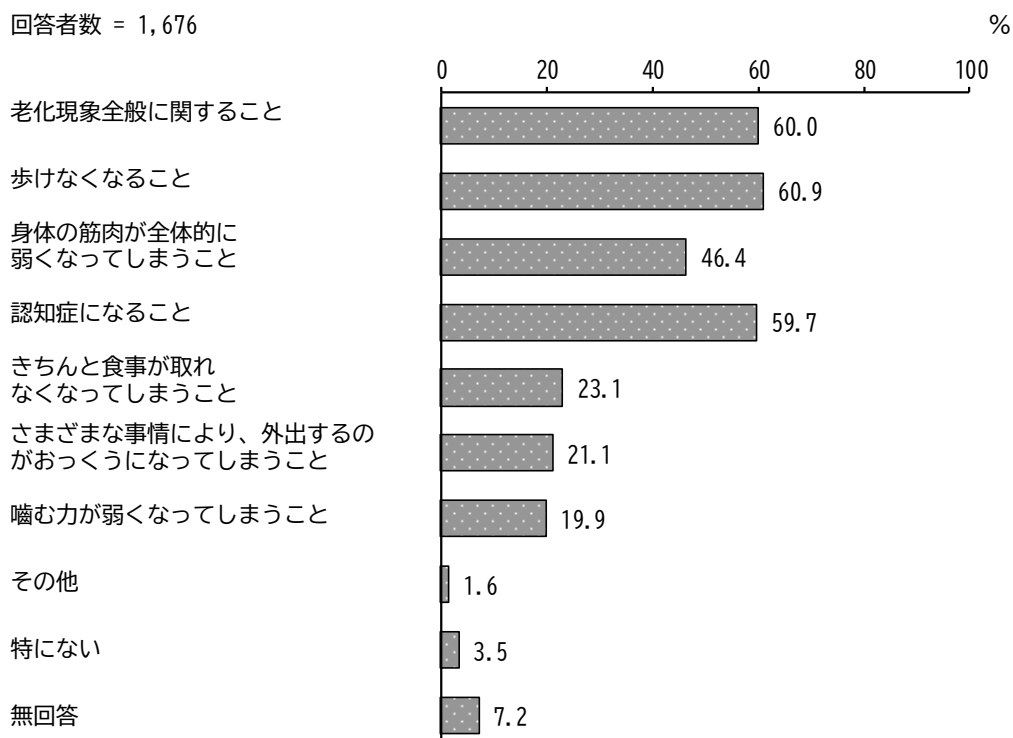
⑤ 健康リスクの状況

調査結果を基に算定される各種の健康リスクを持つ高齢者の割合を見ると、「認知機能の低下」が41.4%で最も高く、続いて「うつ傾向」が40.6%、「口腔機能の低下」が25.2%、「閉じこもり傾向」が20.6%の順になっています。



⑥ 介護予防への認識

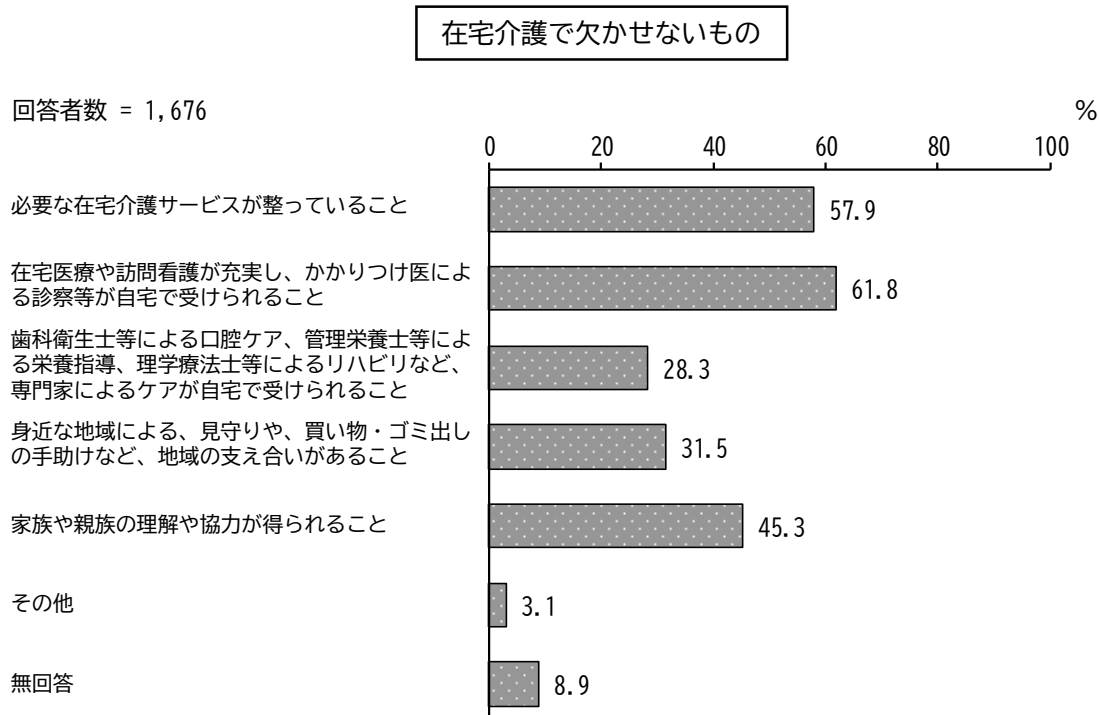
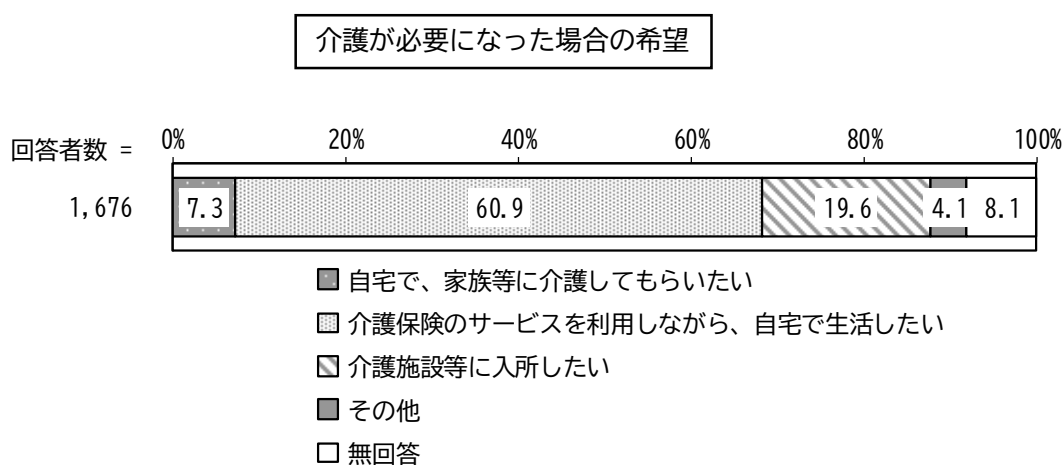
高齢者自身が予防したいと思うことは、老化現象全般といえますが、中でも「歩けなくなること」や「認知症になること」が60%程度と高くなっており、歩けなくなってしまうことや認知症に対する予防への関心が高いことがうかがえます。



⑦ 介護状態になった場合の対応

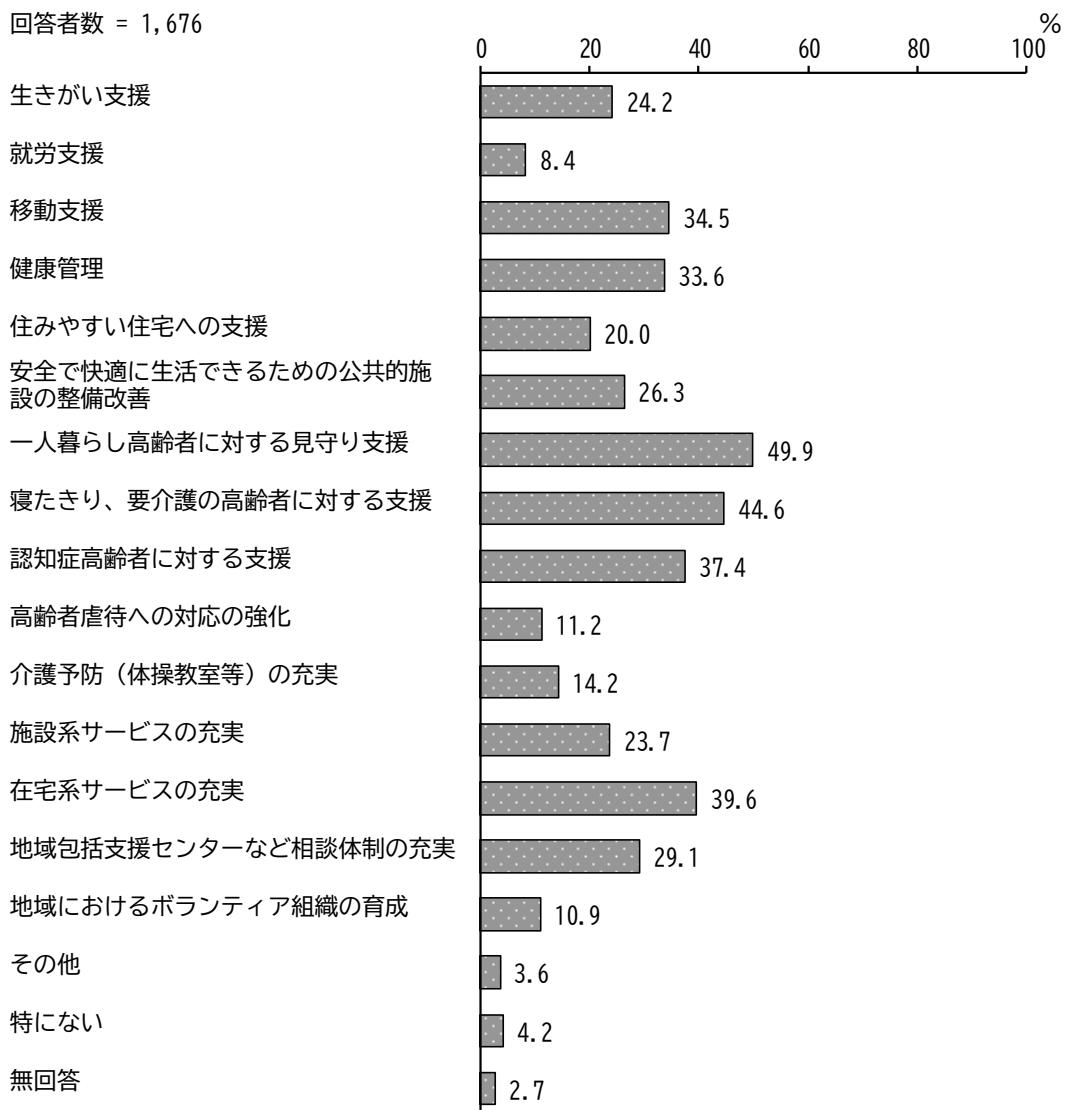
介護が必要になった場合には、「自宅で、家族等に介護してもらいたい」が7.3%、「介護保険のサービスを利用しながら、自宅で生活したい」が60.9%となっており、自宅で介護を希望する人が全体の約7割になっています。

また、在宅介護で欠かせないものとして、「在宅医療や訪問看護が充実し、かかりつけ医による診察等が自宅で受けられること」が61.8%と最も高く、次いで「必要な在宅介護サービスが整っていること」が57.9%となっており、充実した在宅介護サービスと医療サービスが共に求められています。



⑧ 市への要望

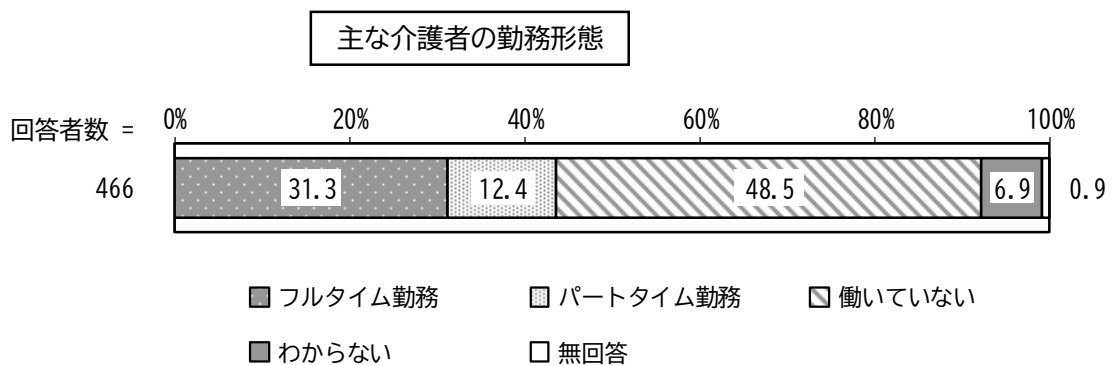
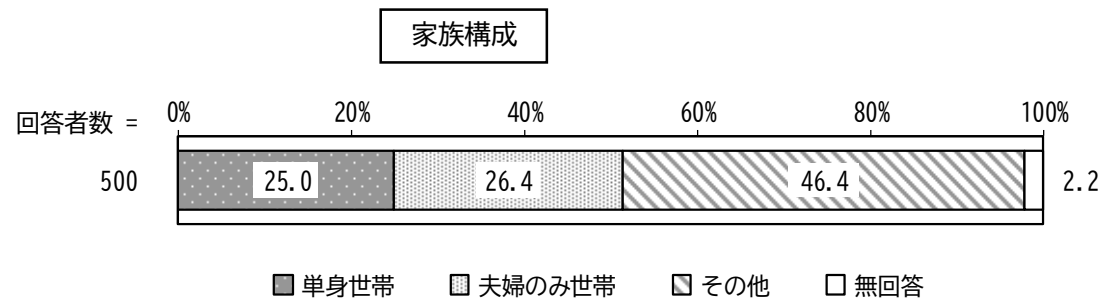
今後、力を入れてほしい高齢者福祉施策は、「一人暮らし高齢者に対する見守り支援」が49.9%で最も高く、「寝たきり、要介護の高齢者に対する支援」が44.6%、「在宅系サービスの充実」が39.6%で続いています。



(2) 在宅介護実態調査

① 家族構成

家族構成は単身世帯が25.0%、夫婦のみ世帯が26.4%と、介護予防・日常生活圏域二
ーズ調査結果とは大きく異なっています。また、主な介護者の勤務形態は、「働いてい
ない」が半数程度となっていますが、フルタイム勤務、パートタイム勤務を合計する
と働いている介護者も4割以上に上っています。

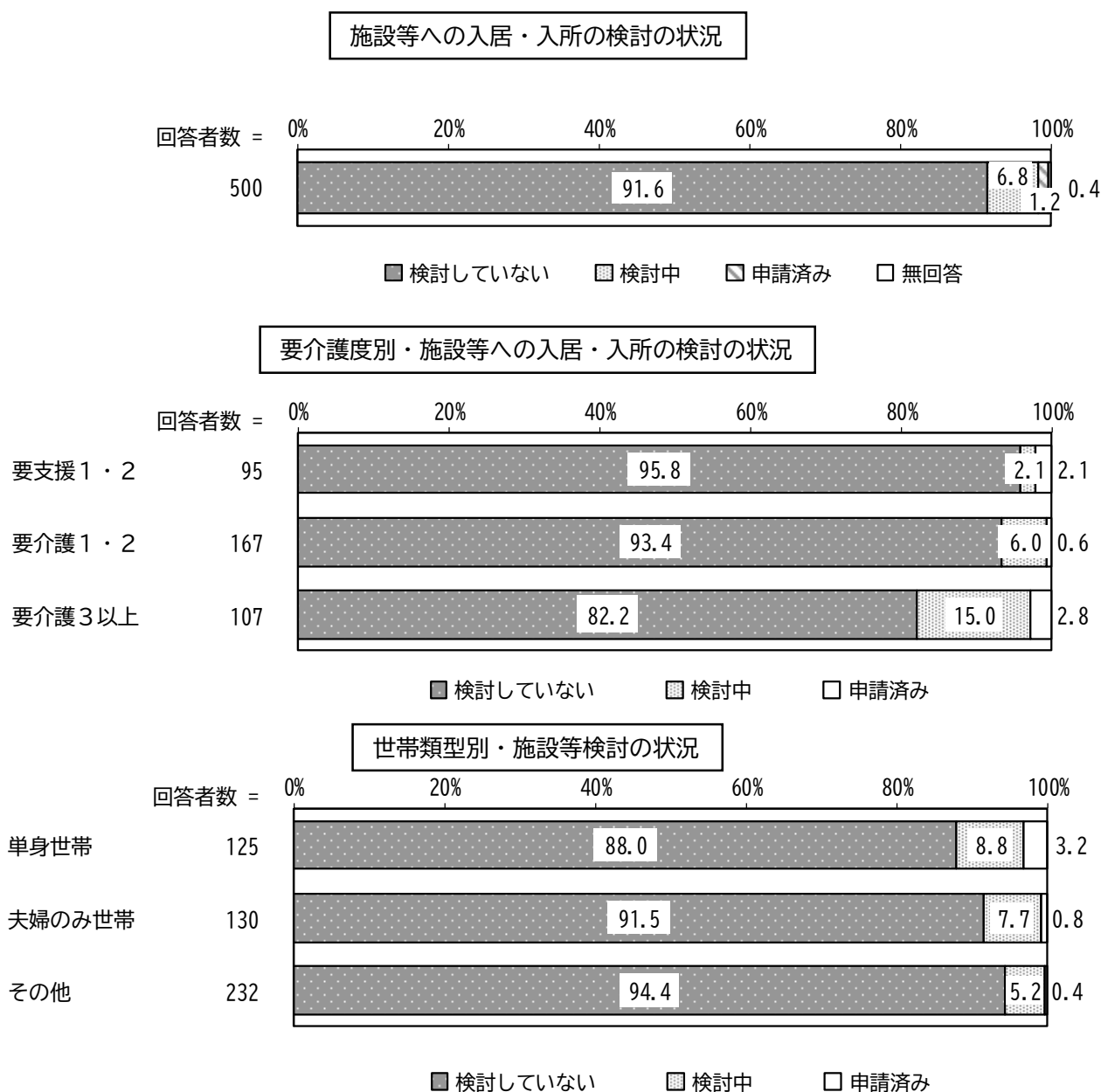


② 施設等への入居に関する検討状況

在宅で介護を受けている高齢者の施設等への入所・入居に関する検討状況は、「検討していない」とする割合が91.6%を占めていますが、一方で「検討中」は6.8%、「申請済み」とする人も1.2%います。

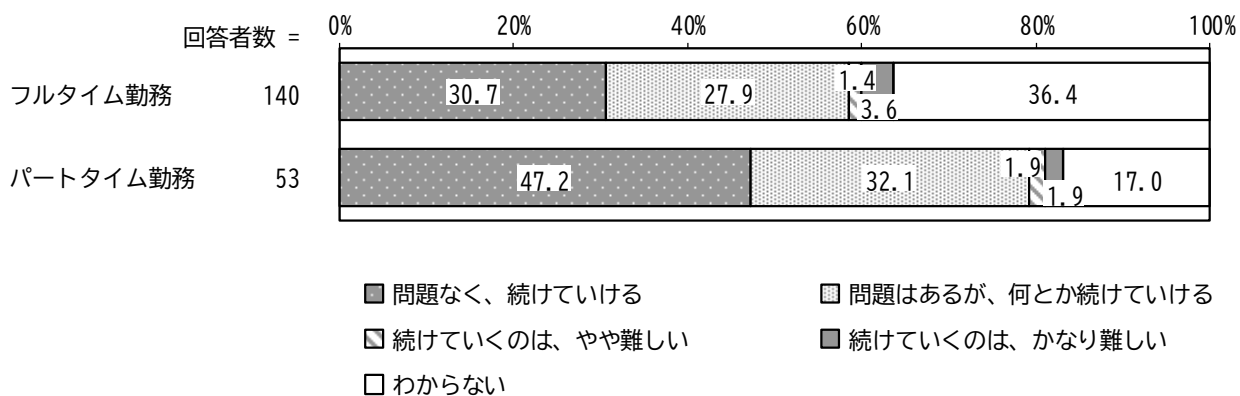
これを要介護度別で見ると、介護度が高くなるほど「検討中」、「申請済み」の割合が高くなっており、介護度が重度化するほど、在宅での介護生活が困難になっていることを示していると考えられます。

また、世帯類型別では「検討中」、「申請済み」を合わせた割合は、単身世帯で高くなっていますが、夫婦のみ世帯では若干低くなっています。これは、パートナーが施設等へ入居すると、お互いが「一人暮らし」となってしまいうため、それを避けたいとする思いがあるのではないかと推測されます。



③ 就労している介護者の就労継続可否に関する意識

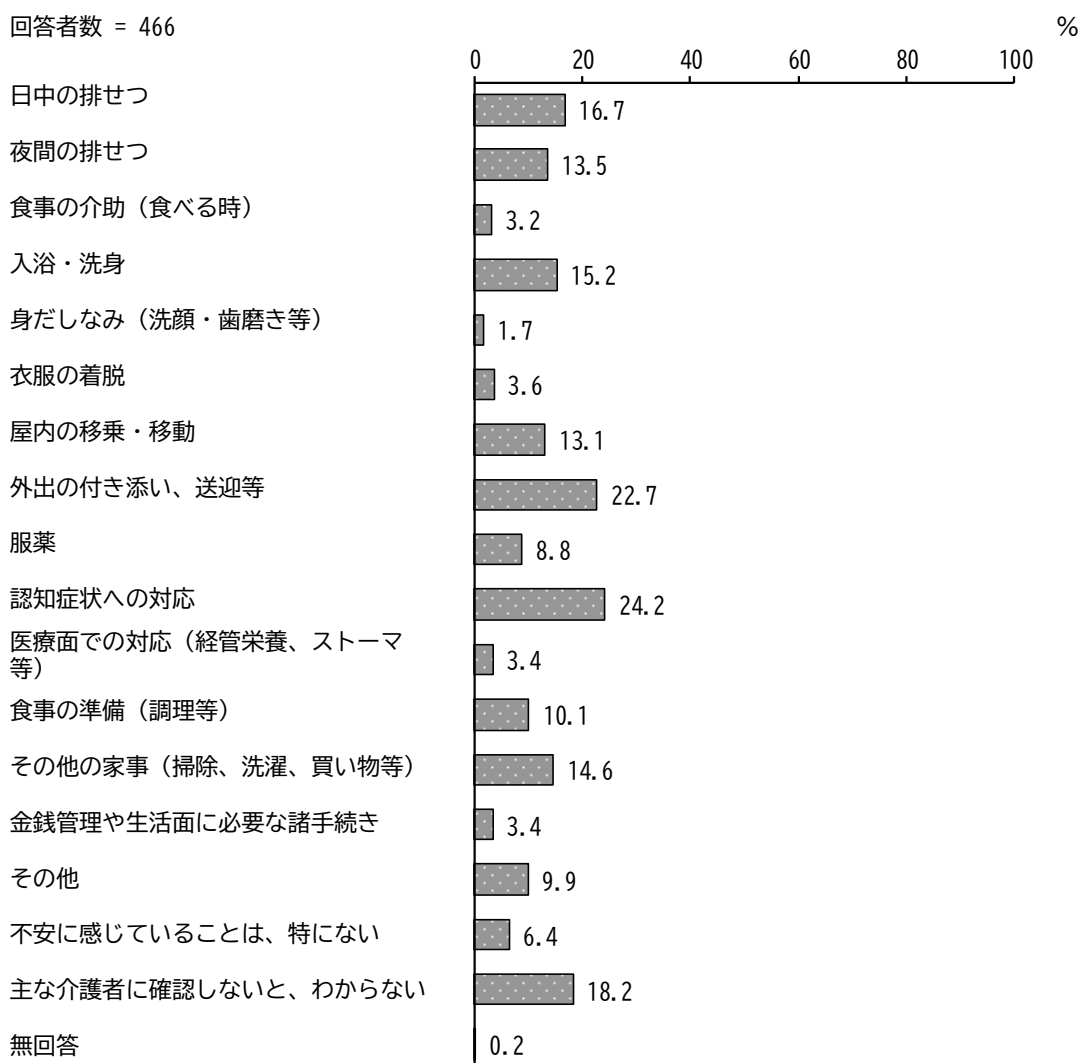
就労している介護者が今後も介護と仕事の両立を果たしていけるかについては、「問題はあるが、何とか続けていける」までを含めると、フルタイム勤務者が58.6%、パートタイム勤務者が79.3%となっており、「続けていくのは、かなり難しい」を大きく上回っています。



④ 介護者が不安に感じる介護

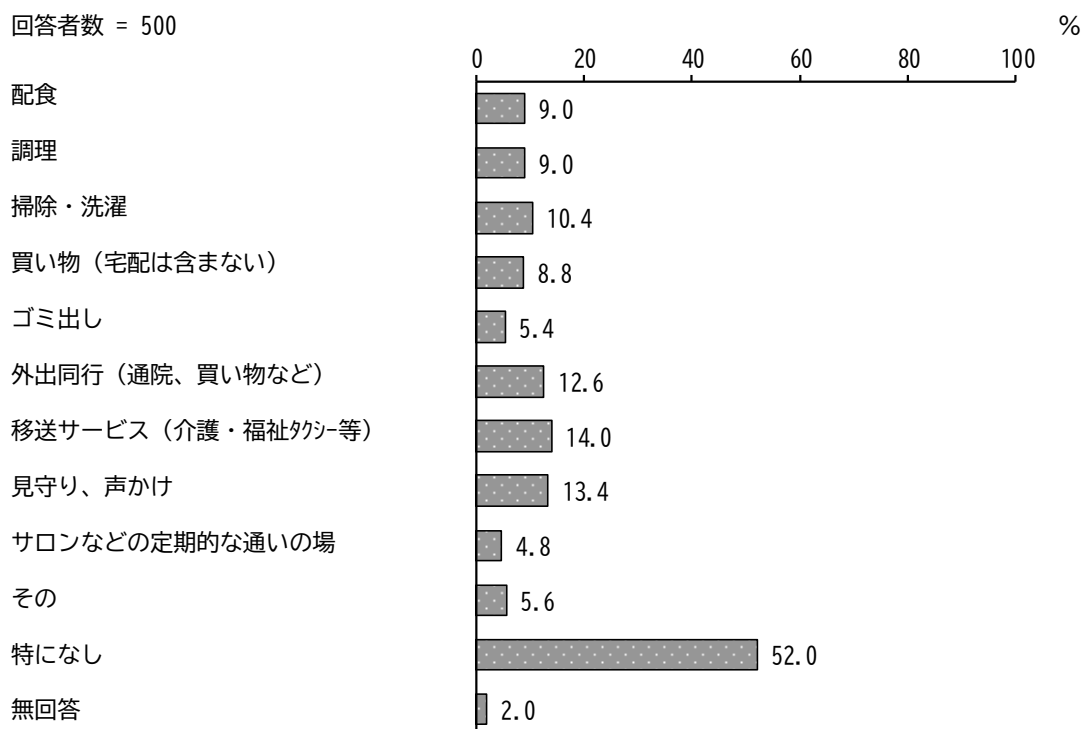
在宅生活を継続するにあたって、介護者が不安に感じる介護については、「認知症状への対応」が24.2%と最も高く、「外出の付き添い、送迎等」が22.7%となっています。

なお、排せつについても「日中の排せつ」と「夜間の排せつ」を合計すると30.2%に達しており、依然大きな課題であることがうかがえます。



⑤ 在宅生活の継続のために充実が必要な介護保険外の支援・サービス

在宅生活を継続するための介護サービス以外の支援やサービスへのニーズについては「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」が14.0%で最も多く、続いて「見守り、声かけ」が13.4%、「外出同行（通院、買い物など）」が12.6%の順となっています。



4 高齢者を取り巻く現状と課題

本節では、アンケート調査結果や、国等の動向を踏まえ、第8期計画の体系に沿って、高齢者を取り巻く今後の課題について取りまとめます。

(1) 「いきいきと暮らすための健康づくり」についての課題

① 健康への意識啓発、健康相談事業の充実

○生活習慣病を予防することで健康寿命の延伸につながるため、適切な食事や運動、睡眠、ストレス管理など、健康を維持するための取り組みを行っている高齢者を増やしていくことが必要です。

② 各種健（検）診や予防接種等の取り組み

○高血圧、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病の発症リスクが高い人をできるだけ早期に発見し、保健指導等の予防の取り組みにつなげていくことが重要です。また、感染症の予防と重症化を防ぐために予防接種は重要です。

そのため各種健（検）診を受診しやすい環境づくりや効果的な受診勧奨、感染症予防のための接種体制を整えるなど、受診率・接種率の向上に努めることが必要です。

③ 訪問指導

○健（検）診の受診が無く、健康上のリスクが高い高齢者の把握や、健（検）診の結果を受けた保健指導を継続するためには、保健師・栄養士・歯科衛生士等による訪問支援活動が必要です。

(2) 「高齢者福祉の充実」についての課題

① 生きがいづくりの取り組みへの支援

- 様々な生きがいづくりの講座や活動の場において、会員募集の広報活動等や利用促進を図っていくことが必要です。
- 高齢者が長年にわたり蓄積してきた知識と経験を活かしながら、生きがいをもって生活ができるよう、ボランティアなども含めた社会参加を促進するための施策を推進することが必要です。

② 相談支援の充実

- 高齢者の支援機関だけでなく、医療や障害福祉など他分野の関係機関がそれぞれの強みを活かし、連携することにより、相談支援機能の強化に取り組む必要があります。
- 高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくためには、必要なサービスを必要なタイミングで受けることが必要です。そのために、適切な情報提供・相談体制の整備が求められています。

③ 在宅生活支援

- 高齢者が要介護状態になったとしても安心して在宅で生活できるよう、高齢者の見守りや生活援助に関する取り組みを充実していくことが必要です。
- 高齢者が日常生活を営む上で必要な移動手段の確保を、地域のボランティア等による送迎も含め、検討していくことが必要です。

④ 市民と市民の支えあいの強化

- 高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続していくためには、住民をはじめ地域に関わるすべての主体が互いに支え合い、助け合う地域づくりが必要となってきます。
- 見守り活動を充実していくため、地域住民の参加を促す方策や、高齢者見守りネットワーク事業等を活用するなどの仕組みづくりが必要です。
- 地域の見守り活動等とともに、ボランティア、特定非営利活動法人（NPO）や社会福祉法人等と共に支え合う地域づくりを進めていく必要があります。

(3) 「地域包括ケアシステムの深化・推進」についての課題

① 介護予防・重度化防止*の推進

- 要介護状態になるおそれのある高齢者に対しては、要支援状態から、一人ひとりの状況に応じたきめ細かな介護予防サービスを提供するとともに、効果的な介護予防事業の実施や自立した生活を確保するための支援が必要です。
- 高齢者が住み慣れた地域で元気に暮らし続けるためには、要支援状態からの自立の支援や重度化防止の取り組みが重要であり、介護予防の普及啓発と介護予防に取り組める体制づくりが必要です。

② 在宅医療・介護連携の推進

- 専任の在宅医療・介護連携支援コーディネーターを配置して調整を図ったり、相談窓口を設置して情報提供を行ったりするなど、行政が中心となって医師会等と協働しながら、地域の実情に応じた切れ目のない連携体制の構築に向けて取り組んでいく必要があります。
- 高齢化の進展、医療技術の進歩などにより、在宅医療のニーズは増加し、多様化しています。しかし、在宅生活を支える医療資源は十分であるとは言えません。県等と連携して在宅医療提供体制の充実・強化を図る必要があります。
- 在宅医療を円滑に推進していくためには、地域住民に対して、医療・介護サービスについて理解を深めてもらえるよう、的確な情報提供とわかりやすく丁寧な説明を引き続き行っていく必要があります。

③ 認知症高齢者への包括的な支援

- 認知症の状態に応じて、適切な医療・介護サービスを受けることができるようケアの流れを可視化し、早期診断・早期対応を促進するための相談支援体制を強化する必要があります。
- 認知症になってもその人らしく尊厳を持ち、住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、本人・家族はもちろんのこと、地域住民が認知症を正しく理解し自らの問題と捉えること、地域での見守りネットワークを構築し、認知症の高齢者と家族を支える体制整備が求められます。

④ 高齢者の住まいの安定的な確保

○介護や支援が必要になっても、可能な限り住み慣れた地域に住み続けることができるよう、自宅での生活が困難になった場合の施設への入所や、将来介護が必要になった場合に必要なサービスが提供されることが約束されている「住まい」への住み替えなど、個々の高齢者の状況やニーズに沿った選択肢となる多様な住まいを確保することが必要です。

⑤ 家族の介護支援

○介護に携わる家族への負担は、特に大きなものとなっています。在宅介護を推進する上で、家族の負担を軽減するための支援の充実が求められます。

○介護離職*や高齢者虐待、ヤングケアラー*が社会的問題となるなか、地域の相互の支え合いや、効果的なサービス提供、在宅介護に対する支援の充実を図ることが必要となります。

⑥ 地域包括ケアシステムを支える体制の整備

○高齢化の進展に伴い、複合化・複雑化した問題を抱える高齢者が増加すると見込まれることから、これまでの取り組みを踏まえつつ、地域包括ケアシステムの深化・推進を図る必要があります。

○医療と介護の連携による多職種*のネットワークや、予防・生活支援が一体的に提供できるよう、地域の高齢者を中心に行政、地域、介護サービス事業者、医療機関、民生委員・児童委員、ボランティア、その他の関係者が連携し、ともに支え合う環境づくりが必要です。

○介護未経験者の介護分野への参入のきっかけを作るとともに、介護人材のすそ野を拡げる取り組みを促進していく必要があります。

⑦ 災害や感染症等の発生に備えた体制整備

○安全・安心に暮らすという観点から、地震や水害などの災害時や緊急時に対応する防災対策の推進が求められます。

○感染症流行時や災害時においても、継続的なサービス提供を維持できるよう、平時から事業所との連携体制を構築していくことが必要です。また、感染症流行時や災害時に不足することが予測される物資や人材の確保に向けて、関係団体との連携体制を構築することが必要です。

(4) 「介護サービスの充実」についての課題

① 各サービスの利用者数及び必要量の見込み

○今後も介護サービスを必要とする人は増加が見込まれることから、利用者のニーズに応じたサービスを安定的に供給していくためには、利用見込量と供給量のバランスを見極めながら新規サービス事業者の参入を促していくことが必要です。

② 介護給付費及び地域支援事業費*の見込み

○介護保険の円滑かつ安定的な運営を図るためには、限られた財源を効果的に使用し、適正なサービスを真に必要な人に提供していくことが重要です。

③ 第1号被保険者の保険料

○高齢化の進展に伴って介護サービス利用者数の増加が見込まれ、それにより介護給付費等も増加するため、介護保険料を見直す必要があります。

④ 適正な介護保険制度の運営

○介護保険給付の適正化に向けて、公正かつ的確な要介護認定の実施を行い、介護サービス事業者への集団指導*を実施するとともに、定期的に運営指導*を行い、適正な事業運営をするために必要な指導や助言を継続して実施していくことが必要です。

○介護保険制度の趣旨やサービス事業者に関する情報などの普及・啓発や、サービス事業者への支援及び指導を行うなどサービスの質の向上に努めるとともに、低所得者に対しては、利用者負担の軽減や介護保険料の減免などにより、引き続き、介護サービスが適切に受けられる環境の整備を推進する必要があります。

⑤ 業務の効率化に向けた取り組み

○職員の定着のため、介護職員の負担を軽減することも重要であり、介護ロボット*やICT*の導入、業務仕分け、文書事務の軽減等、業務効率化のための取り組みを推進していく必要があります。

1 基本理念

本市では、令和3年度に「茂原市総合計画」を策定し、テーマ「高齢者福祉」における基本方針として、介護が必要になっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、地域で助け合う体制づくりを進めるとともに、高齢になっても生きがいを持って暮らせる地域を目指すこととしています。

本市の高齢者や介護保険制度を取り巻く状況は、高齢者人口の増加に伴い、一人暮らしや認知症の高齢者が増加していくと考えられ、こうした状況の中でいかに介護保険制度の持続可能性を確保していくかが喫緊の課題となっています。

すべての高齢者が生きがいに満ち暮らし続けるためには、「健康寿命」の延伸が重要であり、必要に応じて適切なサービスを受けられることが大切です。しかしながら、近年の社会情勢から、高齢者を公的な制度や福祉サービスだけで支えることは難しい状況となってきており、高齢者を取り巻く生活課題に対し、きめ細かく対応するためには、地域共生社会を実現していくことが求められています。

本計画においては、誰もがその人の生き方が尊重され、生きがいを持ちつつ充実した日々の生活を送ることができる社会、介護等の支援が必要になった場合でも社会全体で支えあい、充実感や生きがいを持ちつつ安全に安心して自分の家で暮らし続けていくことができ、長生きして良かったと思える社会の構築を目指します。

**一人ひとりが、生きがいを持ちながら、
住み慣れたこの地域や環境の中で、
自らの意欲・能力に応じて可能な限り
居宅で日常生活を続けられる地域共生社会の実現**

2 基本方針

基本方針1 いきいきと暮らすための健康づくり

高齢者が健やかに過ごすためには、介護が必要な状態とならないよう生活習慣病対策と介護予防を総合的に推進していく取り組みが重要であり、「健康寿命の延伸」と「生活の質の向上」をめざした介護予防・健康づくりを推進していきます。

また、生きがいつくりの推進を図るため、生涯スポーツや生涯学習・文化活動、就労、ボランティア活動等を通じた地域における自主的な活動の支援を行うことにより、高齢者の社会参加を促進する取り組みを推進します。

高齢者自身が主体的に健康づくりできるよう、健康教育、イベント、広報などを通じ、各種健（検）診及び予防接種の目的・重要性などについて、さらに積極的な周知を図ります。

さらに各家庭への訪問指導を進め、生活習慣病の予防や閉じこもりがちな高齢者の社会的孤立感の解消、自立生活の助長を通じて認知症や寝たきりを予防します。

基本方針2 高齢者福祉の充実 ～住み慣れた地域で自立した日常生活を営むために～

高齢者が自立した日常生活を送るために、生きがいつくりを目的とした様々な団体や地域住民との交流事業への広報活動やイベントの開催の支援を行います。

また、趣味や教養などの生きがいつくりの取り組みを行う拠点となる各種福祉センターの整備とともに、介護予防活動として各種軽スポーツの普及に努めていきます。

さらに、地域の問題を解決する担い手として活躍できるよう高齢者の要望を捉えながら、各種講座の開催、シルバー人材センターの活用など、高齢者の知識や経験を活かした元気な高齢者が活躍できる仕組みを検討します。

基本方針3 地域包括ケアシステムの深化・推進

これまで、十分な介護サービスの確保のみに留まらず、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムを深化・推進してきました。今後高齢化が一層進む中で、地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得るものであり、引き続き、地域包括ケアシステムの深化・推進や地域づくり等と一体的に取り組むことで、地域共生社会の実現を図っていきます。

また、近年増加する自然災害や感染症の拡大に対しても柔軟に対応できる強固なシステムとすることにも取り組みます。

基本方針4 持続可能な介護保険運営に向けた施策の推進

介護が必要となっても、住み慣れた地域で自分らしく、安心して生活を続けるため、在宅サービスと施設・居住系サービスのバランスの取れた基盤整備を進めていくとともに、持続可能な介護保険制度にしていくため、介護給付の適正化等を進め、サービスの充実を図ります。

また、今後、少子高齢化が一層進展し、介護分野の人材不足が課題となっていくことから、人材の確保及び業務の効率化等に取り組みます。

3 SDGsとの関連性

SDGs：Sustainable Development Goals（持続可能な開発目標）とは、平成27年9月の国連サミットで採択された令和12年までの国際社会共通の目標で、持続可能で多様性と包摂性のある社会を実現するための17のゴールと169のターゲットで構成されています。

本市においてもSDGsの視点・考え方を取り入れ、まちづくりを通じてSDGsの達成に貢献できることを目指していますが、本計画では以下に掲げる7つのゴールの視点・考え方を踏まえて施策を推進していきます。

持続可能な開発目標（SDGs）

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



<p>3 すべての人に健康と福祉を</p>	<p>3. すべての人に健康と福祉を あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を推進する</p>	<p>4 質の高い教育をみんなに</p>	<p>4. 質の高い教育をみんなに すべての人々に包摂的かつ公平で質の高い教育を提供し、生涯学習の機会を促進する</p>
<p>8 働きがいも経済成長も</p>	<p>8. 働きがいも経済成長も すべての人のための持続的、包摂的かつ持続可能な経済成長、生産的な完全雇用およびディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）を推進する</p>	<p>10 人や国の不平等をなくそう</p>	<p>10. 人や国の不平等をなくそう 人や国の不平等をなくそう</p>
<p>11 住み続けられるまちづくりを</p>	<p>11. 住み続けられるまちづくりを 都市と人間の居住地を包摂的、安全、強靭かつ持続可能にする</p>	<p>16 平和と公正をすべての人に</p>	<p>16. 平和と公正をすべての人に 持続可能な開発に向けて平和で包摂的な社会を推進し、すべての人に司法へのアクセスを提供するとともに、あらゆるレベルにおいて効果的で責任ある包摂的な制度を構築する</p>
<p>17 パートナーシップで目標を達成しよう</p>	<p>17. パートナーシップで目標を達成しよう 持続可能な開発に向けて実施手段を強化し、グローバル・パートナーシップを活性化する</p>		

4 施策体系

[基本理念]

一人ひとりが、生きがいを持ちながら、住み慣れたこの地域や環境の中で、
自らの意欲・能力に応じて可能な限り居宅で日常生活を続けられる地域共生社会の実現

[基本方針]

- 1 いきいきと暮らすための健康づくり
- 2 高齢者福祉の充実
～住み慣れた地域で自立した日常生活を営むために～
- 3 地域包括ケアシステムの深化・推進
- 4 持続可能な介護保険運営に向けた施策の推進

[施策]

[ページ]

- (1) 健康への意識啓発、健康相談事業の充実 36
- (2) 各種健（検）診や予防接種等の取り組み 38
- (3) 訪問指導 39
- (1) 生きがいづくりの取り組みへの支援 40
- (2) 相談支援の充実 43
- (3) 在宅生活支援 45
- (4) 市民と市民の支えあいの強化 48
- (1) 介護予防・重度化防止の推進 51
- (2) 在宅医療・介護連携の推進 56
- (3) 認知症高齢者への包括的な支援 57
- (4) 高齢者の住まいの安定的な確保 64
- (5) 家族の介護支援 65
- (6) 地域包括ケアシステムを支える体制の整備 68
- (7) 災害や感染症等の発生に備えた体制整備 72
- (1) 適正な介護保険制度の運営 73
- (2) 業務の効率化に向けた取り組み 74

第4章 施策の展開

基本方針1 いきいきと暮らすための健康づくり

(1) 健康への意識啓発、健康相談事業の充実

① 市民参加の健康づくりの普及・啓発

市民の健康意識の啓発事業を積極的に進め、明るく健やかな生活を送れるよう、日常の健康管理の支援や疾病の予防、さらに自ら実践する日常的な健康づくりへの支援、リーダーの育成など市民ぐるみの健康づくり運動を進めます。具体的には、健康生活推進員*と協働で、バランスの良い食生活・運動習慣の定着や食事と運動による生活習慣病の予防等の啓発活動を通じて、健康寿命の延伸につながるよう、普及活動を展開していきます。

② 健康教育

生活習慣病予防や健康づくりには、正しい知識に基づく取り組みが必要です。そこで、保健センターを主な拠点に健康の維持・増進に係る各種教室を開催し、「自らの健康は自らが守る」という認識と自覚、さらには自信を高め、セルフケアの機運を一層盛り上げていきます。また、必要と思われる方には、介護予防事業の取り組みを紹介するなど、介護予防事業との連携にも努めていきます。

◆健康教室開催実績と見込み

(単位：回、人)

年度		第8期計画			第9期計画		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
回数	見込み	160	160	160	25	25	25
	実績	101	90	(110)			
延べ人数	見込み	2,400	2,400	2,400	500	500	500
	実績	2,136	1,379	(2,000)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

(注) 令和6年度以降の見込み値については高齢者(65歳以上)のみ計上

③ 健康相談

保健師・栄養士・歯科衛生士等による定期的健康相談を中心に、保健センター等において、心身の健康に関する様々な相談に応じる健康相談事業を展開していきます。相談に対する必要な指導及び助言を行うことで、相談者の家庭での健康管理にも大いに役立つと期待されます。また、相談内容が多様化・複合化していることに応じて、地域包括支援センター等と連携し、介護予防の取り組みへの参加にも適宜つなげていきます。

◆健康相談実績と見込み

(単位：回、人)

年度		第8期計画			第9期計画		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
回数	見込み	500	500	500	200	200	200
	実績	576	434	(500)			
延べ人数	見込み	3,750	3,750	3,750	200	200	200
	実績	3,663	4,395	(4,000)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

(注) 令和6年度以降の見込み値については高齢者(65歳以上)のみ計上

(2) 各種健（検）診や予防接種等の取り組み

① 特定健康診査*、特定保健指導*

高血圧、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病の指摘・疑いがある人の割合は、年齢とともに増加傾向にあり、また、死亡原因も生活習慣病に関するものが依然として半数を超えています。そのため、生活習慣病の発症リスクが高い人をできるだけ早期に発見し、その後の保健指導等の予防の取り組みにつなげて改善に結びつけていきます。年齢や通院歴など、対象者の特性に応じた勧奨資材*などを作成し、受診率の向上を図り、健康診査等の受診啓発のパンフレットの作成・配布といった啓発活動を充実させ、対象者に受診券を発送し市民の関心を高め保健事業と介護予防の一体的な実施事業を通して、重症化予防やフレイル*予防の充実を図ります。勧奨方法は市からの通知や同封リーフレット等の勧奨資材の改善、電話勧奨を様々な時間帯に複数回行うなど工夫します。なお、75歳以上の後期高齢者の健康診査は、千葉県後期高齢者医療広域連合が実施しています。

◆特定健康診査実績と目標

(単位：%)

年度		第8期計画			第9期計画		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
受診率	目標	52.0	56.0	60.0	42.0	43.0	44.0
	実績	38.8	39.5	(40.8)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

(注) 対象となる40歳から74歳の数値であり、65歳以上の数値は算出していない

◆後期健康診査実績と目標

(単位：%)

年度		第8期計画			第9期計画		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
受診率	目標	39.8	40.8	41.8	36.0	36.8	37.6
	実績	26.8	28.0	(29.1)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

◆特定保健指導実績と目標

(単位：%)

年度		第8期計画			第9期計画		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
受診率	目標	48.0	54.0	60.0	20.0	22.0	24.0
	実績	23.2	17.1	(19.7)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

(注) 対象となる40歳から74歳の数値であり、65歳以上の数値は算出していない

② 各種健（検）診と予防接種等の取り組み

健康増進法に基づく歯周疾患検診、骨粗しょう症検診、各種がん検診のほか、在宅寝たきり者等歯科保健事業、高齢者インフルエンザ予防接種、高齢者肺炎球菌予防接種を実施し、関連疾病の早期発見・予防等に努めます。

また、受診率の向上に向け、複数の健（検）診の同日実施などの工夫を行うとともに、様々な形で周知し普及啓発を図ります。さらに、科学的な理論に基づく受診勧奨手法について、既に実施している取り組みを検証しながら、新たに導入可能な取り組みを検討します。

◆各種予防接種の実績と目標

(単位：%)

年度		第8期計画			第9期計画		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
高齢者 インフル エンザ	目標	60.0	60.0	60.0	65.0	65.0	65.0
	実績	64.6	65.6	(65.0)			
高齢者 肺炎球菌	目標	30.0	30.0	30.0	25.0	25.0	25.0
	実績	23.1	22.9	(25.0)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

(3) 訪問指導

健（検）診の未受診者への受診勧奨や、健（検）診結果により保健指導及び療養上の保健指導が必要な方や家族等に対して、保健師・栄養士・歯科衛生士等が訪問して、必要な保健指導を行い、心身機能の低下の防止と健康の維持・増進を図ります。また、本人の状況に応じて各関係機関等と連携し、必要な福祉サービス等にも適宜つなげていきます。

◆訪問指導実績と見込み

(単位：件)

年度		第8期計画			第9期計画		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
訪問指導 件数	見込み	1,500	1,500	1,500	30	30	30
	実績	843	651	(800)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

(注) 令和6年度以降の見込み値については高齢者（65歳以上）のみ計上

基本方針2 高齢者福祉の充実

～住み慣れた地域で自立した日常生活を営むために～

(1) 生きがいづくりの取り組みへの支援

① 高齢者の自主的取り組み等への支援

本市には、高齢者の生きがいづくりを目的に、数多くの組織や団体が活動を展開しています。中でも長寿クラブや生涯大学校、シルバー人材センターはその代表的な存在です。これらの団体等と連携、あるいは活動の支援を通じて、高齢者の生きがいづくりに貢献していきます。なお、長寿クラブについては、新型コロナウイルスの影響に伴う活動自粛などにより会員数が減少傾向にあるため、市としても会員募集の広報活動等を積極的に行うなど、会員増加の支援を行います。

また、近年は様々な活動の選択肢が拡充してきていることから、長寿クラブやシルバー人材センター等に属さず個々に草の根レベルで活動している高齢者の各団体についても、包括ケアシステムにおける重要な資源であると考えており、老人福祉センターや地域福祉センター等を通じた高齢者の生きがいづくり、健康づくりの観点からも引き続き活動の場の提供等、様々な側面からその活動を支援していきます。

◆長寿クラブの概要 (単位：団体、人)

年度	令和3	令和4	令和5
団体数	56	54	51
会員数	1,545	1,428	1,324

(注) 各年度とも4月1日現在

◆シルバー人材センターの概要 (単位：人、件)

年度	令和3	令和4	令和5
会員数	358	370	(430)
受注件数	2,281	2,466	(2,550)

(注) 各年度とも年度末現在

(注) 令和5年度は見込み値

② 老人福祉センター、地域福祉センター

本市には、高齢者福祉や高齢者の趣味や教養といった生きがいづくり、健康増進等のための施設として、老人福祉センター、地域福祉センターが整備されています。これらの施設は、高齢者の自主活動の場を提供しているほか、ボランティア等が取り組む子どもたちとの交流事業や地域住民の交流事業、カラオケ大会やコンサート、料理教室といった各種イベントの開催・運営の支援も行っており、これらの取り組みを通じて高齢者福祉に貢献しています。今後も指定管理者と連携して各施設の状況を把握し、優先度等を考慮して設備の更新、施設の修繕を行います。

また、交流事業や各種イベントの開催・運営の支援を行うなど、高齢者のニーズに合わせた取り組みを支援していきます。

◆老人福祉センター利用者数 (単位：人)

年度	令和3	令和4	令和5
総合市民センター	13,639	15,399	(15,408)
豊岡福祉センター	2,041	2,148	(2,569)

(注) 令和5年度は見込み値

◆地域福祉センター利用者数 (単位：人)

年度	令和3	令和4	令和5
総合市民センター	33,173	41,552	(52,907)
豊岡福祉センター	12,115	13,967	(14,282)
五郷福祉センター	5,611	8,228	(11,222)
豊田福祉センター	10,334	12,689	(14,380)
二宮福祉センター	6,250	6,502	(8,474)
東郷福祉センター	13,442	15,584	(17,704)

(注) 令和5年度は見込み値

③ 通いの場*

本市では、「もばら百歳体操」の周知を図り、介護予防活動の地域展開を目指して、もばら百歳体操普及啓発活動支援事業を茂原市社会福祉協議会に委託し、住民主体の通いの場づくりを13地区社会福祉協議会と生活支援コーディネーター*とが連携しながら進めてきました。地域に住む高齢者が、定期的集まり、椅子に座って行う体操等を仲間と楽しみ、人と人とのつながりを通じてコミュニケーションを取ることは、日々の生活に活気を与え、介護予防にもつながります。通いの場をさらに普及することで、地域で暮らす独居高齢者の安全や健康状態を確認することができます。今後も生活支援コーディネーターと連携しながら、市内全域で歩いて通える場の整備に取り組んでいきます。

また、市では「市民ひとり1スポーツ」をスローガンに、「生涯を通じて、いつでも、どこでも、誰でも」スポーツに親しめる体制整備を進めています。今後もより多くの高齢者が様々なスポーツを楽しめるよう、各種軽スポーツの普及に努めていきます。

④ シルバー人材センターへの支援

公益社団法人茂原市シルバー人材センターは、市内居住の定年退職者など的高齢者に、経験・知識・技術・ライフスタイルに応じた臨時的かつ短期的な就業の機会や様々な社会活動の場を提供し、高齢者の健康で生きがいのある生活の実現と、地域社会の福祉の向上、活性化に貢献しています。

今後もセンターの活動がより一層活発に行われるよう支援するとともに、高齢者の生きがいづくりと社会参加の促進を図れるよう連携していきます。

⑤ 高齢者が意欲・能力に応じて働き続けることができる環境づくり

すべての年代の人々が意欲や能力に応じて活躍できる「エイジレス社会*」を目指し、元気な高齢者に「支える側」にまわってもらう仕組みづくりとともに、企業に対する受け皿づくりの働きかけを検討します。

(2) 相談支援の充実

① 総合相談

相談事業については、地域包括支援センターが中心となり、24時間365日体制で高齢者に関する様々な相談を受け付けているほか、出張相談会も適宜開催しています。住民の多種多様な相談に対し、庁内関係課との連携や多職種連携*によるあらゆる方法を検討し、制度横断的に最適な支援につながるよう、ワンストップ支援で解決への道を見出していきます。併せて、今後、相談内容はますます多様化・複合化していくと考えられることから、研修等を通じた相談員のスキルアップを図るとともに、専門職の増員等を検討するなど、地域包括支援センターの機能強化に努めます。

また、高齢者の単身世帯が増えていることから、高齢世帯実態把握事業として緊急連絡先や困りごとなどを記載した台帳を整備しており、さらに平成26年度からは75歳以上の方のみで構成されている世帯（老老世帯）の実態把握をしています。自然災害等緊急時への備えがますます求められる中、これからも、より多くの高齢者の状況を把握できるように努めていきます。

◆総合相談実績 (単位：件)

年度		令和3	令和4	令和5
相談件数	実績	9,119	9,476	(9,700)

(注) 令和5年度実績は見込み値

② 介護相談員*の派遣

介護相談員の派遣は、サービス利用者の声を聴くことにより、疑問や不満、不安などを解消し、同時に派遣を受けたサービス事業所における介護サービスの質的向上を図るものです。介護相談員は、サービス利用者とサービス提供事業者の橋渡し役として、サービス利用者が事業者に直接言えないような疑問・意見等を聞き、事業者に伝えることで、利用者と事業者の意思の疎通を図ります。

また、介護相談員の派遣には、苦情等に対する事後的な対応や処理だけでなく、苦情等に至る問題を未然に防ぐ役割もあります。コロナ禍により、令和3年度以降の実施ができていないため、今後の再開については、派遣事業所の拡大や相談業務の充実を検討します。

◆介護相談員の派遣実績と目標

(単位：箇所、回)

年度		第8期計画			第9期計画		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
派遣施設	目標	17	18	19	2	4	8
	実績	0	0	(2)			
派遣回数	目標	102	108	114	6	12	18
	実績	0	0	(6)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

(3) 在宅生活支援

① 見守り型食事サービス

茂原市社会福祉協議会では、地区ボランティア等の協力により、在宅で体力に衰えのある高齢者の単身世帯及び高齢者夫婦世帯を対象として、月3回手作り弁当を届けています（7、8月を除く。なお、7、8月は見守り活動を中心とする友愛訪問を実施しています。）。良質な食事の提供と併せて、安否確認や状態把握などを行う重要な役割を担っています。今後もサービスの周知を図り、必要とする人にサービスが提供されるように努めていきます。

◆見守り型食事サービスの実績と見込み（単位：人）

年度	令和3	令和4	令和5
見込み	145	150	160
実績	107	105	(95)

(注) 令和5年度実績は見込み値

② 訪問理髪サービス

介護サービス内での理髪や民間による訪問理髪などにより、需要が低下しているため事業の廃止を検討します。

ただし、現在の利用者については、引き続きサービスを提供し、新規の相談があった場合には、民間の訪問理髪など代替サービスに関する情報提供を行っていきます。

◆訪問理髪サービスの派遣実績と見込み（単位：人）

年度	令和3	令和4	令和5
見込み	30	30	30
実績	16	14	(11)

(注) 令和5年度実績は見込み値

③ あんしん電話事業

在宅で単身世帯の高齢者、高齢者のみの世帯に属する者、仕事等により日中または夜間に高齢者のみとなる世帯や、重度身体障害者等に対し、緊急時に外部と連絡のとれる緊急通報装置（あんしん電話）を貸与し、急病等の緊急事態における不安を解消します。今後も事業の周知を図り、必要とする人に役立ててもらえるように努めていきます。

◆あんしん電話事業実績と見込み

(単位：人)

年度	第8期計画			第9期計画		
	令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
見込み	190	195	200	190	195	200
実績	183	186	(185)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

④ 高齢者短期宿泊事業・生活援助事業

高齢者短期宿泊事業は、体調面の不安から一時的に支援が必要、あるいは虐待や災害等により緊急避難的に保護が必要な場合など、日常生活を営む上で支障のある在宅の高齢者を養護老人ホーム等に短期的に宿泊してもらう事業です。

また、生活援助事業は、必要に応じて生活援助員を派遣し、日常生活の援助を行い高齢者が自立した生活を送れるように支援します。

両事業とも緊急時の備えとして必要性は高いことから、今後も事業の周知に努めていきます。

◆高齢者短期宿泊事業実績と見込み

(単位：日)

年度	第8期計画			第9期計画		
	令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
見込み	98	98	98	21	21	21
実績	0	0	(0)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

◆生活援助事業実績と見込み

(単位：日)

年度	第8期計画			第9期計画		
	令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
見込み	5	5	5	5	5	5
実績	0	0	(0)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

⑤ 住宅改修支援事業

居宅介護支援または介護予防支援の提供を受けていない要介護者または要支援者が行う住宅改修申請に必要となる理由書を、介護支援専門員*や十分な専門性を持った者が作成した場合に助成を行う事業です。介護サービスを利用せずに要支援・要介護認定を受ける高齢者が可能な限り自立した生活を送ることができるよう支援を続けます。

◆住宅改修支援事業実績と見込み

(単位：件)

年度	第8期計画			第9期計画		
	令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
見込み	10	10	10	10	10	10
実績	7	4	(3)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

⑥ 地域公共交通の利用促進と移動手段の確保

高齢による心身機能の低下に加え、運転免許自主返納者も増加しており、日常生活を営む上で、移動することに支障をきたす高齢者が増えています。

高齢者の日常生活における支障を解消するとともに外出機会の創出を図るため、関係課と連携して、千葉県警察が実施する高齢者運転免許自主返納者への特典についてPRを行い、地域公共交通の利用促進を図ります。

また、地域における移動手段の確保が課題となっていることから、移動が困難な高齢者などの支援として、地域のボランティアによる送迎支援など、移動手段の確保について検討します。

(4) 市民と市民の支えあいの強化

① ボランティアの養成

茂原市社会福祉協議会では、地域を支える担い手となる各種のボランティアを養成するため、ボランティアに関する相談からボランティア養成講座、体験教室等の取り組みを行っています。

人と人、人と地域がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる地域共生社会の実現に向け、これらの取り組みを支援・推進していきます。

② ボランティア団体への支援

本市には草の根レベルで数多くのボランティア団体が活動しています。令和5年12月末現在、茂原市社会福祉協議会ボランティアセンターには58団体、個人登録を含めて合計964名がボランティアとして登録されています。これらの登録ボランティアに対し、ボランティアセンターでは1名のボランティアコーディネーターを配置し、ボランティア保険加入手続き、研修会等の支援を行っています。今後もこれらの取り組みと連携し、より多くの方が地域とのかかわりを深めていけるよう支援していきます。

③ フレイルトレーナー・サポーターの養成

もばら百歳体操が市民に普及していることを受けて、市では次のステップとして、フレイル予防プロジェクトを開始しています。

フレイルサポーターは、フレイル予防プロジェクトを市民主導型で進めていくための重要な役割を果たします。具体的には、自分がフレイルに陥っていないかを市民自ら確認するための場である「フレイルチェック」を市内各地で開催し、市民のフレイル予防に努めます。また、フレイルが疑われると判定された方に対しては、適切なサービスへとつなげていきます。これらの取り組みを通じて、フレイルサポーターは市民の健康づくり・介護予防に貢献します。

フレイルトレーナーは現役専門職で、サポーターの相談や指導に当たります。今後も4圏域毎のフレイルプロジェクトの推進に向け、フレイルサポーターとトレーナーの養成を続けていきます。また、フレイルトレーナーの協力により、フレイルサポーターに対し研修を行い、事後フォロー教室の内容の充実に努めるとともに、さらにその先につなげる専門職による個別相談等の体制づくりを進めます。

◆フレイルトレーナー・サポーター登録実績と目標

(単位：人)

年度		第8期計画			第9期計画		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
トレーナー登録数	目標	10	10	10	12	0	0
	実績	5	6	(10)			
サポーター登録数	目標	43	53	63	80	90	100
	実績	44	53	(70)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

④ ちよいとサポーター*の養成

要支援等の認定を受けて家事支援を必要とする方に対し、市民が一定の専門的知識と技術を持って支援することができるよう、「ちよいとサポーター」の養成を拡充するために地域の「助け合い」活動の状況を把握し、事業所と連携を図りながら今後について検討します。

◆ちよいとサポーターの養成研修修了者数実績と目標

(単位：人)

年度		第8期計画			第9期計画		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
目標		10	10	10	20	20	20
実績		0	8	(20)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

⑤ 高齢者見守りネットワーク事業

市内の協力事業者が通常業務の中で高齢者の見守りを行う高齢者見守りネットワーク事業は、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるための基盤の一つとして取り組みを進めています。

今後も、高齢者の異変のいち早い察知や緊急時の安否確認に加え、孤独死や認知症高齢者の徘徊、虐待などの危険を予防するため、協力機関をさらに増やし、ネットワークの充実に努めます。

◆高齢者見守りネットワーク協力機関実績と目標

(単位：機関)

年度	第8期計画			第9期計画		
	令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
目標	68	69	70	122	123	124
実績	68	120	(121)			

(注) 各年度とも年度末現在の総数

(注) 令和5年度実績は見込み値

⑥ 生活支援コーディネーター

生活支援コーディネーターは、地域の生活の課題や困りごと等を把握し、必要となるサービスの創出やその担い手となるボランティア等の発掘・養成、高齢者等が担い手として活動する場の確保等を通じて、地域の支援ニーズとサービス提供のマッチングといったコーディネート活動等を行い、地域における一体的な生活支援サービスの提供体制の整備を推進しています。

これまでに、市全域をコーディネートする第1層のコーディネーターと日常生活圏域単位（第2層）のコーディネーターを地域包括支援センターに配置しており、これらの体制整備により協議体*や地域ケア会議が本格的に機能し始めています。具体的な施策の立案や取り組みが開始されるなど、地域で問題を発見し、かつ解決する仕組みが整備され、その結果、地域包括ケアシステムは大きく深化しました。

今後はより多くの市民のニーズに応えられるよう、市民のニーズ把握のためのアンテナをあらゆる方面に張り巡らし、かつ、きめ細やかなマッチングを行えるように努めていきます。

◆生活支援コーディネーター養成実績と目標

(単位：人)

年度	第8期計画			第9期計画		
	令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
目標	2	2	2	2	2	2
実績	2	0	(2)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

基本方針3 地域包括ケアシステムの深化・推進

(1) 介護予防・重度化防止の推進

① 介護予防の普及啓発

介護予防に関する基本的、かつ正しい知識を普及啓発するため、地域包括支援センター等の窓口や各種イベントでパンフレットを配布しています。講演会については、フレイル予防の重要性の観点から、フレイルをテーマの中心として開催し、高齢者の方がいつまでも住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、啓発を進めていきます。また、通いの場等、地域での小グループによる健康教育や健康相談を充実させることを通じた介護予防の普及啓発にも取り組んでいきます。

◆介護予防講演会実績と目標

(単位：回、人)

年度		第8期計画			第9期計画		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
開催回数	目標	2	2	2	2	2	2
	実績	2	2	(2)			
参加者数	目標	80	100	120	120	120	120
	実績	91	77	(120)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

② 一般介護予防～フレイル予防プロジェクト

高齢者が積極的に社会参加し、生きがいを持って明るくいきいきと充実した生活を送ることができるよう、要支援・要介護状態となることを予防するために、もばら百歳体操をさらに発展させ、フレイル予防プロジェクトを展開します。

フレイル予防プロジェクトとは、市民が、①フレイルとは何かを知り、②市民主導型でフレイルに気づき、③フレイル予防に取り組むための一連の事業です。令和2年4月からは、75歳以上の後期高齢者を対象とした、フレイルの予防・重症化予防に着目した健(検)診、いわゆる「フレイル健診」がスタートしました。この「フレイル健診」や、高齢者の集いの場などで実施する「高齢者の質問票」等で、フレイルのおそれを指摘された方や、フレイル予防を希望する方を、自分がフレイルに陥っていな

いかを自ら確認する場である「フレイルチェック」につなげて、フレイルに関する自覚を促します。さらに地域の通いの場等に出向き周知啓発の実施回数を増やします。

また、若年層からの健康づくりが重要であることから、65歳前の方へのアプローチの方法も検討します。

フレイルチェックでは、フレイルサポーターが参加者にフレイルチェックの結果の説明を行うと共に、参加者一人ひとりにとって、適切な介護予防のための心がけや取り組みを紹介、住民主体の通いの場へとつなげていきます。さらに、フレイルサポーター・トレーナーの養成も実施していきます。

◆フレイルチェック実績と目標

(単位：回、人)

年度		第8期計画			第9期計画		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
開催回数	目標	10	15	20	20	20	20
	実績	6	14	(25)			
参加者数	目標	150	225	300	300	300	300
	実績	83	128	(334)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

③ リハビリテーション専門職*との連携

リハビリテーション専門職等の人材を確保し、高齢者の通いの場に派遣してフレイル予防をはじめとする介護予防活動の評価や改善指導、健康相談などを行い、通いの場の活性化とともに、参加者・地域の介護予防を図ります。

◆リハビリテーション専門職派遣回数実績と目標

(単位：回)

年度		第8期計画			第9期計画		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
目標		25	25	25	4	4	4
実績		1	1	(1)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

④ 介護予防・日常生活支援総合事業*

要支援者等に対して、要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減もしくは悪化を防止し、地域における自立した日常生活を過ごしていくための支援を充実させていきます。

1) 第1号訪問事業

㊦ 介護予防訪問介護相当サービス

従来の介護予防訪問介護サービスに相当するサービスの提供を継続し、サービスを必要とする方に訪問介護員による生活援助（食事の準備や調理等）や身体介護（食事や入浴、排せつ介助等）といったサービスを行います。

◆ 介護予防訪問介護相当サービス実績と見込み

（単位：人/月）

年度		第8期計画			第9期計画		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
介護予防 訪問介護相当 サービス	見込み	288	288	289	230	250	270
	実績	225	202	(210)			

（注）令和5年度実績は見込み値

① 訪問型サービスA（ちよいとサポート）

要支援等の認定を受けている方向けのサービスとして、民間企業やボランティア等が主体となった「ちよいとサポート」（生活支援サービス）があります。ゴミ出し、掃除、洗濯などのちょっとした家事支援を、市の研修を受講した「ちよいとサポーター」が低額な料金でお手伝いに行きます。ニーズに沿った支援ができる体制をつくるため、地域包括支援センターや介護支援専門員だけでなく、地域活動の事業所と連携を図り、内容や目的を理解していただくよう周知していきます。

介護予防訪問介護相当サービスに加え、多様な主体による多様なサービスを充実していくことにより効果的かつ効率的な支援を行い、地域の支え合い体制づくりを推進していきます。

◆ちよいとサポート利用実績と見込み

(単位：人)

年度	第8期計画			第9期計画		
	令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
見込み	4	4	4	4	4	4
実績	2	2	(1)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

2) 第1号通所事業

従来の介護予防通所介護サービスに相当するサービスの提供を継続し、サービスを必要とする方に通所介護施設において、食事サービスや生活機能の維持向上のための体操や筋力トレーニングなどを行います。

◆介護予防通所介護相当サービス実績と見込み

(単位：人/月)

年度	第8期計画			第9期計画		
	令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
見込み	334	349	351	310	320	330
実績	297	291	(300)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

⑤ 訪問型介護予防事業

令和2年度から、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」がスタートし、75歳以上の後期高齢者を対象とした、フレイルの予防・重症化予防に着目した健（検）診、いわゆる「フレイル健診」がスタートしました。健診の結果は、国保データベースシステム*（KDBシステム）等により分析され、分析結果に基づき支援すべき対象者を抽出して、専門職によるアウトリーチ*支援を行います。

具体的には専門職が要支援者等の自宅を訪問し、短期集中型で生活機能を改善するための指導を行うことでフレイルからの「卒業」を目指します。

◆訪問型介護予防事業訪問回数実績と見込み

(単位：回)

年度	第8期計画			第9期計画		
	令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
見込み	36	39	42	5	10	10
実績(延べ)	0	4	(1)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

⑥ 保健事業と介護予防の一体的実施

運動・口腔・栄養・社会参加などの観点から高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を推進します。また、高齢者のフレイル状態を把握した上で適切な医療サービス等につなげるなど、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを切れ目なく提供します。

(2) 在宅医療・介護連携の推進

① 在宅医療・介護連携に関する相談支援

医療関係者や介護関係者からの相談や情報共有を図るため、地域包括支援センターが中心となって各種相談等の対応や関係機関との連携を図ります。また、市民からの相談についても、地域包括支援センターが中心となり、適切なサービスの提供へとつなげていきます。

② 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士*、管理栄養士、歯科衛生士、作業療法士*、主任介護支援専門員、介護支援専門員、社会福祉士、保健師、生活支援コーディネーター等が参加する月1回の地域ケア個別会議*等を通じて、看取りまで在宅医療と介護の連携強化を図ります。また、関係市町村との情報交換等を通じて地域に有する課題とそれを解決するための施策について検討していきます。

③ 医療・介護関係者の情報共有の支援

千葉県が作成した地域生活連携シート*を活用し、医療・介護関係者間で入退院時等に速やかな情報共有を図ります。

④ 医療・介護関係者の研修

医療と介護の連携をさらに深めていくため、関係各方面の協力の下、医療・介護関係者を対象とした研修会の開催に努めます。

⑤ 市民への普及啓発

介護が必要になっても自宅で暮らし続けることを可能とする在宅医療・介護連携に関する市民への普及啓発のための講演会の開催等、理解を深める取り組みを強化していきます。

(3) 認知症高齢者への包括的な支援

① 認知症に関する相談、認知症に関する普及啓発

地域包括支援センターは高齢者等の抱える問題を包括的に支援するため、認知症に関する相談にも適宜応じています。また、市民への認知症に関する普及啓発活動として、県が作成したパンフレットの配布や毎年9月のアルツハイマー月間における広報活動やイベント等の後方支援を行います。

② 認知症初期集中支援チーム

認知症に関する相談のうち、医療介入が必要な処遇困難事例に対しては、認知症初期集中支援チームが支援を行います。認知症初期集中支援チームは、認知症サポート医、社会福祉士、主任介護支援専門員、保健師等で構成され、認知症が疑われる人やその家族を訪問し、必要な医療や介護サービスの導入・調整や、家族支援などの初期に必要な支援を包括的・集中的に行うと共に、適切な医療や介護サービスにつなげていくことを通じて本人が可能な限り自立した生活を続けていけるための体制整備に努めています。今後もより多くの訪問支援が可能となるよう、チームの強化を図っていきます。

◆認知症初期集中支援チーム実績 (単位：件)

年度	令和3	令和4	令和5
訪問件数	31	28	(25)

(注) 令和5年度実績は見込み値

③ 認知症サポーター*養成講座・認知症への理解促進

認知症に対する正しい知識と理解を持ち、認知症高齢者やその家族を地域で支えていくため、認知症サポーター養成講座を開催し、さらに多くのサポーターを養成していきます。今後は、通常の実施に加え、小中学校をはじめ若い世代を対象とした講座を開催できるようにします。また、地域と密接に関わる自治会や企業などでも開催を増やしてサポーターの幅を広げていくことを検討します。

◆認知症サポーター養成講座等の実績と目標

(単位：回、人)

年度		第8期計画			第9期計画		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
開催回数	目標	6	6	6	10	10	10
	実績	7	11	(10)			
参加者数	目標	100	100	100	120	120	120
	実績	183	309	(116)			
延べサポーター数		5,064	5,373	(5,489)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

④ ほっとみまもり運動*・チームオレンジ*の発足

認知症サポーターの方で、日常生活において見守り等の活動を行う「ほっとみまもり隊」の増員を進めていきます。また、フォローアップのための継続研修も行います。

今後は、ほっとみまもり隊の取り組みをさらに発展させ、見守りに加え、外出支援やボランティア訪問・話し相手等、認知症高齢者やその家族の方が必要としている様々な支援を行うチームオレンジへと活動の幅を広げられるよう促していきます。チームオレンジのメンバーとなるには、ステップアップ講座を受ける必要があるため、ほっとみまもり隊に対してステップアップ講座を開催します。その後、講座を受けたほっとみまもり隊が活動できる機会について検討します。

◆ほっとみまもり隊延べ人数実績と目標

(単位：人)

年度		第8期計画			第9期計画		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
目標		710	720	730	610	620	630
実績		594	596	(605)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

⑤ 認知症家族の会

公益社団法人認知症の人と家族の会千葉県支部の会員が中心となり運営されている認知症家族の会に対して、アドバイザー等として認知症家族の会へ参加しながら、認知症家族の会が円滑に開催・運営ができるように後方支援を行います。

また、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所など、関係機関を通じて認知症家族の関係者へ周知を行い、ピアサポート*活動の促進を図ります。

◆認知症家族の会概要 (単位：回、人)

年度	令和3	令和4	令和5
開催回数	2	9	(12)
参加者数	5	54	(60)

(注) 令和5年度実績は見込み値

⑥ 認知症カフェ、本人ミーティング

認知症高齢者とその家族だけでなく、地域の住民、介護や医療の専門職等、誰でも参加することが可能で、お茶を飲みながら話や相談をして、交流を深めることができる市民団体主催の認知症カフェの取り組みについて、周知活動等の後方支援を行います。

また、今後は認知症高齢者の視点を一層重視したまちづくりをさらに進めていくために、認知症高齢者が中心となって集まり、自らの体験や希望、必要としていること等を語り合い、自分たちのこれからのよりよい暮らし、あるいは暮らしやすい地域のあり方を一緒に考える本人ミーティングの開催も検討していきます。

◆認知症カフェ概要 (単位：回、人)

年度	令和3	令和4	令和5
開催回数	0	0	(11)
参加者数	0	0	(55)

(注) 令和3年度、令和4年度は新型コロナウイルス感染症のため中止
令和5年度実績は見込み値

⑦ 認知症高齢者の見守り

認知症の高齢者が徘徊した際の早期発見・事故防止のために、必要とする方にQRコード付き見守りシール（2次元バーコードが印字されたシールで、読み取ることによりインターネット上の伝言板を通じて連絡を取ることができるもの。高齢者の衣服や持ち物に貼付します。）を交付し、認知症の家族の不安解消に努めます。

◆見守りシール利用者実績と見込み

（単位：人）

年度	第8期計画			第9期計画		
	令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
見込み	—	—	—	20	30	40
実績	2	5	(15)			

（注）令和5年度実績は見込み値。第8期計画は徘徊感知器貸与事業を掲載していたが、令和3年度から見守りシール交付事業に移行した

⑧ 若年性認知症*の方への支援

若年性認知症の方への支援が必要になった場合は、県の若年性認知症支援コーディネーター、認知症疾患医療センター*などと連携し、若年性認知症の方や家族に対する支援体制の構築を進めます。さらに、障害者就業・生活支援センターとも連携しながら就業についても支援していきます。

⑨ 認知症予防・早期発見への取り組み

国立長寿医療研究センターが開発した運動と認知課題（計算、しりとりなど）に関するトレーニングを組み合わせた認知症予防運動プログラム「コグニサイズ（cognitive）」の普及を図ります。市の出前講座においてちばコグニサイズをメニューに加えて周知を図るとともに、フレイルチェック等各種の通いの場においてコグニサイズを実践していきます。

また、認知症の早期発見については、市役所庁内や地域包括支援センターにおいて検査機器を用いた「脳の元気度測定会」を実施し、認知症が疑われる方には認知症初期集中支援チームによる支援につなげていきます。

⑩ 多職種協働の研修

認知症疾患医療センターと連携し、認知症ケアに携わる医療・介護従事者向けの多職種協働研修を実施し、ケアの水準向上に努めます。

◆多職種協働研修開催実績と目標

(単位：回)

年度	第8期計画			第9期計画		
	令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
目標	1	1	1	1	1	1
実績	1	1	(1)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

⑪ 認知症ケアパスの普及・啓発

地域の実情に応じて、認知症高齢者の状態に応じた適切なサービス提供の流れをまとめた認知症ケアパスの普及・啓発活動を行います。また、第8期計画期間中に改訂した認知症ケアパスをより良いものにするため、認知症地域支援推進員*や関係機関等と協働で、さらなる改訂を進めていきます。

⑫ 成年後見制度*の活用、法人後見との連携

【茂原市成年後見制度利用促進基本計画】

本市において、75歳以上の後期高齢者数は令和12年ごろまで増加が予測されており、これに伴い認知症高齢者も増加し、成年後見制度の利用を含む権利擁護支援のニーズが多様化及び増大すると見込まれています。

また、少子化の進展等に伴い、身寄りのない認知症高齢者が増加していることから、成年後見制度における市長申し立て*の対象者も増えていくことが考えられます。

認知症や知的障害、精神障害等により判断能力が不十分であるために契約等の法律行為における意思決定が困難な人について、成年後見人・保佐人・補助人がその判断能力を補うことによって、その人の生命、身体、自由、財産等の権利を擁護する観点から、本市では、成年後見制度の利用促進に関する法律第14条第1項に基づき、成年後見制度の利用の促進に関して総合的かつ計画的に推進するための施策群を「茂原市成年後見制度利用促進基本計画」として位置づけ、高齢者の意思決定支援や身上保護*等の福祉的な支援をしていきます。

【茂原市成年後見制度利用促進基本計画】

○地域連携ネットワーク*と中核機関の整備

権利擁護の必要な人を早期に発見し、制度の利用につなげるためには、周囲の関係者や関係機関等が連携しネットワークを構築することが必要です。また、利用者を中心としたチームを形成し、ネットワーク全体で支援していくことが重要です。

地域全体で権利擁護に取り組むための保健・医療・介護・福祉・司法・行政等の関係機関等による地域連携ネットワークを構築し、ネットワークを発展させていくための中核機関と協議会の設置について検討します。

○市民成年後見人*の担い手の育成

今後、成年後見人による支援が必要な人が増加し、成年後見人の担い手不足となることが予測されることから、潜在化している専門職後見人*の活用のほか、法人後見や市民後見等の活用を視野に入れた担い手の確保と育成を進めます。

○成年後見制度の利用促進

成年後見制度は生活を守り権利を擁護するための方法であることを、様々な媒体を活用して広く周知啓発を行っていきます。

また、成年後見制度に関する各相談窓口の情報提供を行うとともに、経済的事由により成年後見人等への報酬を負担することが困難な場合に、その費用の一部を助成するなど、必要な人が必要なときに成年後見制度を利用できるよう支援します。

◆成年後見制度市長申し立て実績と見込み

(単位：件)

年度	第8期計画			第9期計画		
	令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
見込み	7	10	10	15	18	20
実績	7	10	(10)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

◆成年後見制度費用助成実績と見込み

(単位：件)

年度	第8期計画			第9期計画		
	令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
見込み	10	10	10	10	10	10
実績	7	7	(10)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

また、茂原市社会福祉協議会においては、法人後見を受任するほか、成年後見に関する広報や相談事業を行う「もばら後見支援センター」の取り組みや、成年後見制度を利用する程度には至らないものの、判断能力等に不安がある方を支援する日常生活自立支援事業*「すまいる」が実施されています。今後もこれらの取り組みと連携しながら認知症高齢者等を支援します。

◆社会福祉協議会における取り組み実績 (単位：回、人)

年度	令和3	令和4	令和5
法人後見受任	2	2	(3)
すまいる利用者	29	32	(35)

(注) 令和5年度実績は見込み値

(4) 高齢者の住まいの安定的な確保

① 養護老人ホーム

養護老人ホームは、環境上の理由及び経済的な理由により、在宅における生活が困難な、概ね 65 歳以上の高齢者を養護する施設です。令和 5 年 10 月 1 日現在、市内には 1 施設が整備されています。

◆茂原市からの入所者数実績と見込み

(単位：人)

年度	第 8 期計画			第 9 期計画		
	令和 3	令和 4	令和 5	令和 6	令和 7	令和 8
見込み	36	36	36	20	20	20
実績	25	22	(17)			

(注) 令和 5 年度実績は見込み値

② ケアハウス

ケアハウスは、高齢者の自立した生活の確保に配慮した軽費老人ホームの一種で、食事、入浴、緊急時の対応などのサービスが提供されます。対象となるのは、身体機能の低下や、高齢などのために自立して生活するには不安がある方で、家族による援助を受けることが困難な 60 歳以上の方です。令和 5 年 10 月 1 日現在、市内には 3 施設が整備されています。

③ 有料老人ホーム

有料老人ホームは、民間事業者が主体となって設置・運営している施設です。サービス内容は施設によって異なり、食事や洗濯・掃除等の家事、健康管理などの日常生活を送る上で必要なサービスが提供されます。また、介護保険の特定施設入居者生活介護の利用ができる施設もあります。令和 5 年 10 月 1 日現在、市内には 24 施設が整備されています。

④ サービス付き高齢者向け住宅

サービス付き高齢者向け住宅は、介護保険と連携し、日常生活や介護に不安を抱く1人暮らしの高齢者や高齢者夫婦が、住み慣れた地域で安心して暮らすことが可能になるよう、24時間体制での安否確認、生活相談、食事・清掃・洗濯等のサービス提供を組み合わせた住宅です。令和5年10月1日現在、市内には3施設が整備されています。

サービス付き高齢者向け住宅等の整備は、介護保険事業計画における施設サービス等の供給計画に影響するため、県と連携を図りながら、その整備動向を把握していきます。

(5) 家族の介護支援

① 家族介護用品支給

在宅で重度の要介護者を介護している市民税非課税世帯の家族を対象に、紙おむつなどの介護用品を購入する際に費用の一部を助成することで、介護の経済的負担の軽減を図ります。

◆家族介護用品支給実績と見込み

(単位：人)

年度	第8期計画			第9期計画		
	令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
見込み	21	23	25	28	28	28
実績	14	14	(28)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

② 紙おむつの支給

茂原市社会福祉協議会において、在宅で6か月以上寝たきりの高齢者や重度心身障害者（児）の方に年3回紙おむつ等の支給を行っています。介護者の精神的、経済的負担の軽減を図り、在宅での介護を支援しています。

◆紙おむつ支給事業の実績と見込み (単位：人)

年度		令和3	令和4	令和5
紙おむつ	見込み	340	350	360
	実績	286	218	(195)
防水シート	見込み	140	150	160
	実績	115	89	(75)
尿取りパット	見込み	320	330	340
	実績	276	209	(189)

(注) 令和5年度実績は見込み値

③ 家族介護教室

高齢者を介護する家族等に対し、適切な介護知識・技術の習得や、外部サービスの利用方法の習得等を目的とした教室を開催します。さらに、介護者の孤立防止の観点から、家族介護教室の参加者同士のネットワークが構築されるよう、参加者相互の交流を深めることにも留意してまいります。

◆家族介護教室の実績と目標 (単位：回、人)

年度		第8期計画			第9期計画		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
開催回数	目標	28	28	28	28	28	28
	実績	0	0	(0)			
参加者数	目標	550	550	550	550	550	550
	実績	0	0	(0)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

④ 介護離職ゼロへ向けた取り組み

家族の介護を理由とした離職の防止等を図るべく、必要な介護サービスの確保と働く環境改善・家族支援に取り組みます。具体的には、介護に関する情報提供体制の整備や、介護が必要になったときに速やかにサービスの利用ができるよう、介護保険制度の周知等を図ります。

また、企業等には、介護休暇制度をはじめ、働きながら介護を続けるための支援制度を周知すると共に、制度を利用しやすいものとする職場環境づくりに向けた働きかけを進めていきます。

⑤ ヤングケアラーを含む家族介護者支援の取り組み

地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等と連携して、高齢者を介護しているヤングケアラー（家族の介護その他の日常生活上の世話を過度に行っていると認められる子ども・若者）の実態を把握することに努め、必要に応じて支援機関へつなげます。

また、ヤングケアラーや複合的な課題を抱える介護者を支援するため、相談窓口の充実を図るとともに、地域包括支援センターの連携強化等、円滑な支援のための体制整備に努めます。

(6) 地域包括ケアシステムを支える体制の整備

① 地域ケア会議

医療、介護等の専門職をはじめ、民生委員、自治会長、NPO法人、社会福祉法人、ボランティアなど地域の多様な関係者が参加し、介護支援専門員処遇困難事例の個別課題分析を通じたケアマネジメント*支援、解決に必要な資源開発やそのネットワーク化、地域課題の把握と対応策の検討等を進めるために、地域ケア会議を開催します。

地域ケア会議は、各地域包括支援センターが担当する圏域ごとに、地域の実情や課題に応じた保健・医療・介護・福祉等の職種と連携・支援体制づくりに取り組む「日常生活圏域地域ケア推進会議*」をはじめ、処遇困難事例に対してその解決策を検討する「地域ケア個別会議」、介護予防ケアマネジメントの自立促進を図る「介護予防のための地域ケア個別会議」を開催するほか、市全体でも保健・医療・介護・福祉等の職種と連携・支援体制づくりについて方針検討や体制づくりを行う「市圏域地域ケア推進会議」を開催していきます。

◆地域ケア会議開催実績

(単位：回)

年度	令和3	令和4	令和5
市圏域地域ケア推進会議	1	1	(1)
日常生活圏域地域ケア推進会議	2	1	(5)
地域ケア個別会議	21	17	(20)
介護予防のための地域ケア個別会議	10	8	(6)

(注) 令和5年度実績は見込み値

② 地域包括支援センター連絡会議

総合相談数の増加に伴い処遇困難事例も増加しており、従事する職員の資質の向上が求められています。そこで、地域包括支援センター間の横の連携を強化し、よりよい支援を行うため、事例検討や情報交換、専門研修のための定例会を開催します。

◆地域包括支援センター連絡会議開催実績と目標

(単位：回)

年度	第8期計画			第9期計画		
	令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
目標	12	12	12	12	12	12
実績	12	12	(12)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

③ 生活支援体制整備事業

高齢者の自立生活を支援する見守りや外出支援・買い物・調理・掃除などの生活支援サービスについて、一方で、何らかの活動に参加するなど社会的な役割を持つことが高齢者の生きがいや介護予防につながることから、多様な担い手による生活支援サービスの構築を進めます。具体的には、生活支援コーディネーターや協議体を通じて生活支援サービスの内容とその担い手の創出検討を行い、生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加・介護予防の両立を図ります。

本市では、第1層と第2層の生活支援コーディネーターを配置し、下記の活動を行っています。また、コーディネーター同士の情報交換や連携のための連絡調整会を定期的で開催しています。今後、生活支援コーディネーターや社会福祉協議会など地域で活動される方の連携を図りながら体制作りにも努め、さらなる拡充を進めると共に、具体的なサービス内容等の検討やマッチングの取り組み等を展開していきます。

◆生活支援コーディネーター概要

種類	内容	人数
第1層コーディネーター (広域開発型)	市全域におけるニーズとサービス資源の掘り起こし、関係者のネットワーク化、生活支援の担い手の養成やサービスの開発などを行う	2 (市包括支援室内)
第2層コーディネーター (圏域調整型)	日常生活圏において、ニーズとサービス資源の掘り起こし、関係者のネットワーク化、生活支援の担い手養成やサービスの開発、ニーズとサービスのマッチングなどを行う。	4 (各地域包括支援センターに配備)
第3層コーディネーター (サービス提供型)	個々の課題の中で利用者とサービスのマッチングを行う。	整備計画検討

④ 介護人材の確保・育成・定着

介護人材の確保・育成については、県や社会福祉法人、介護サービス事業所と協議しながら、必要な介護人材の確保・育成ができる事業の展開を検討していきます。高齢者・障害者・外国人等の介護人材の就業促進や、介護関係の資格取得やスキルアップ等に向けた研修の支援、介護助手やICT導入など介護現場における働き方改革促進等の取り組みを進めます。

また、ハローワークとの共催による就職面接会の実施や介護職員初任者研修修了者に対する受講料の助成等により、訪問介護職員等をはじめとした介護人材の確保に取り組めます。

⑤ 包括的・継続的ケアマネジメント支援

介護支援専門員の能力を高め、複合的な問題を抱える高齢者に対しても効果的、かつ効率的なケアプラン*を円滑に作成できるよう地域包括支援センターが支援を行います。具体的には、介護支援専門員に対する個別指導や支援困難事例などへの指導助言を適宜行うほか、介護支援専門員研修会等を開催します。

また、主任介護支援専門員連絡会を開催し、地域の主任介護支援専門員と連携を図り、介護支援専門員が働きやすい環境づくりに取り組むことにより、地域のケアマネジメントの質の向上を図ります。

◆介護支援専門員への指導・助言実績 (単位：件)

年度	令和3	令和4	令和5
指導・助言件数	1,703	2,139	(2,616)

(注) 令和5年度実績は見込み値

◆介護支援専門員研修会実績と目標 (単位：回・人)

年度		第8期計画			第9期計画		
		令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8
開催回数	目標	1	1	1	1	1	1
	実績	1	1	(1)			
参加者数	目標	30	30	30	30	30	30
	実績	41	53	(30)			

(注) 令和5年度実績は見込み値

⑥ 家庭や施設等における虐待の防止

高齢者の虐待への対策として、地域包括支援センターが対応窓口として相談等を行っていることを市民に広く周知するほか、高齢者見守りネットワーク事業等を活用し、高齢者の異変をいち早く察知します。また、虐待事案が発生した場合には、その発生要因等を分析し、再発防止に努めます。

厚生労働省によると、高齢者虐待の主な発生要因は、「虐待者の介護疲れ・介護ストレス」、「虐待者の障害・疾病」となっており、主たる介護者である家族の不安や悩みを聞き助言等を行う相談機能の強化・支援体制の充実を図っていきます。

また、介護施設従事者等による高齢者虐待の主な発生要因については、「教育知識・介護技術等に関する問題」、「職員のストレスや感情コントロールの問題」となっており、介護事業者等に対して、介護施設従事者等への研修やストレス対策を適切に行うよう指導していきます。

⑦ 重層的な支援体制の構築

地域包括支援センターは、重層的支援体制整備事業において属性や世代を問わない包括的な相談支援を担うことが期待されていることを踏まえ、他分野との連携を図り重層的な支援体制の構築に努めます。また、支援が届いていない人に対するアウトリーチ事業の実施について検討していきます。

(7) 災害や感染症等の発生に備えた体制整備

① 災害時の避難に支援を要する市民への支援策と避難所等での支援

災害発生時には、被害を最小限にとどめるよう、「個別避難計画」を作成し、高齢者等、避難に支援を要する方への避難時、あるいは避難所での支援策をまとめています。

今後も、より多くの高齢者等が安全に避難できるよう、避難に支援を要する方の把握に努めていくほか、実際の災害発生時において、「個別避難計画」が円滑に遂行されるよう、避難に支援を要する高齢者等の避難支援を模擬する避難訓練の開催等を検討していきます。

② 感染症発生時等への対応のための事業継続計画の策定

感染症が拡大した場合に備え、介護事業所等の職員が感染症に対する理解や知見を有した上で業務に当たることができるよう、感染症に対する研修を行います。また、県と協力し、感染症発生時に備えた平時からの準備や各事業所が策定した事業継続計画を適宜見直していくことを働きかけると共に、感染症発生時における代替人員や代替サービスの確保に向けた各事業者間の連携体制の構築に努めます。

さらに、適切な感染防護具、消毒液その他の感染症対策に必要な物資が円滑に調達されるよう、備蓄・調達・輸送体制の整備を進めるほか、県や保健所、協力医療機関等と連携した支援体制のあり方について、検討を進めます。

また、感染症が拡大すると、介護予防の取り組み等も中止、あるいは縮小・延期を余儀なくされます。そのため、高齢者が自宅でも介護予防の取り組み等を続けていけるよう、関係者と連携しながら地域包括支援センターが中心となり、電話やオンラインによるフォローアップを検討してまいります。

基本方針4 持続可能な介護保険運営に向けた施策の推進

(1) 適正な介護保険制度の運営

① 介護給付適正化

これまでも、介護保険制度の持続性確保に向けて、介護給付の適正化に努めてきましたが、第9期事業計画においては、給付適正化主要3事業*等を着実に実施します。本事業を通じて、被保険者の適切なサービス利用につなげるとともに、介護サービス事業所の支援・指導に活用していきます。

○要介護認定の適正化

要介護認定の変更認定又は更新認定に係る認定調査の内容について、訪問又は書面等の審査を通じて点検することにより、適切かつ公平な要介護認定の確保を図ります。また、適正な要介護認定がなされるよう、各研修会へ参加するなど、認定調査員の能力向上に努めます。

○ケアプラン等の点検

介護支援専門員が作成したケアプランについて、内容の点検・指導を行うとともに、住宅改修等の点検や福祉用具購入・貸与調査を行い、利用者の身体状況に合ったサービスとなっているかを確認します。

○医療情報との突合・縦覧点検

介護保険と医療保険の重複請求や、介護保険内での重複請求等の審査を行い、請求の整合性を確認します。審査において、疑義のある点については事業所へ照会・指導を行い、適正な請求処理を進めます。

② 低所得者に対する利用者負担の軽減

所得が低く特に生計が困難な要介護者等が、社会福祉法人の行う介護サービスを利用する場合、利用料を軽減します。また、障害者総合支援法に基づくホームヘルプサービスにおいて、低所得で生計が困難なために負担額無しでサービスを利用していた方が訪問介護サービスなどを利用する場合、利用料を免除しサービスの利用を促進します。

③ 介護サービスの質の確保・向上

介護サービス利用者が適切なサービスを受けられるように、介護サービス事業者に対して、運営基準の遵守やサービスの安全性の確認等を指導します。地域密着型サービス事業者や居宅介護支援事業所に対しては運営指導を行い、サービスの質の確保を図ります。

(2) 業務の効率化に向けた取り組み

① 介護ロボットやICTの導入の検討

介護従事者の身体的負担の軽減や介護現場の生産性向上、業務効率化の促進に向けて、介護ロボット・ICTの導入に資する情報を発信していくなど、県と連携し、介護ロボット・ICTの活用の促進を図ります。

② 業務仕分けや業務改善の取り組みの推進

事務負担軽減のため、各種の申請様式・添付書類や手続きを国の方針に基づき、県と連携しながら簡素化すると共に、様式記入例を作成するなど、作成書類の標準化を進めます。また、オンライン申請の普及を図るなど、業務の一層の効率化を検討します。

1 介護サービス

(1) 居宅サービス

① 訪問介護（ホームヘルプサービス）

利用者の居宅を訪問し、生活面での自立に向けた支援を行うものです。ホームヘルパーが利用者の居宅を訪問して、入浴、排せつ、食事等の介護、洗濯、掃除などの家事、生活等に関する相談や助言などの必要な日常生活の世話をを行います。

② 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

利用者の身体の清潔維持と心身機能の維持を図ります。利用者の居宅を訪問して、簡易浴槽を利用した入浴の介護を行います。

③ 訪問看護・介護予防訪問看護

療養生活の支援と心身機能の維持回復を図ります。訪問看護ステーションや病院、診療所の看護師等が利用者の居宅を訪問して、療養上の世話*や必要な診療の補助を行います。

④ 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けます。理学療法士や作業療法士が利用者の居宅を訪問して、理学療法や作業療法等の必要な機能回復訓練を行います。

⑤ 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

通院が困難な利用者の療養上の管理及び指導を行います。病院、診療所または薬局の医師、歯科医師、薬剤師などが居宅を訪問し、心身の状況や環境等を把握して、療養上の管理及び指導を行います。

⑥ 通所介護（デイサービス）

利用者の心身機能の維持と社会的孤立感の解消や、家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。利用者が通所介護事業所へ通所し、入浴や食事等の日常生活上の世話や相談、助言、機能訓練*、レクリエーション等のサービスを受けます。定員18人以下の小規模事業所による通所介護は地域密着型通所介護となります。

⑦ 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション

心身機能の回復や維持、体力の増進を図り、日常生活上での自立を図ります。利用者が介護老人保健施設や病院、診療所等へ通所し（または送迎を行い）、心身の機能の維持回復を図って、日常生活の自立を助けるための理学療法や作業療法等の機能回復訓練を受けます。

⑧ 短期入所生活介護（ショートステイ）・介護予防短期入所生活介護

利用者の心身機能の維持、家族の方の身体的、精神的負担の軽減を図ります。利用者は特別養護老人ホーム等へ短期間入所して、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話や機能訓練等のサービスを受けます。

⑨ 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護

利用者の心身機能の維持、家族の方の身体的、精神的負担の軽減を図ります。利用者は介護老人保健施設や介護医療院へ短期間入所して、看護や医学的管理下の介護、機能訓練等の必要な医療や日常生活の世話等のサービスを受けます。

⑩ 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

利用者の日常生活上の便宜を図り、利用者や介護者の負担軽減を図るため、車いすや特殊寝台*などの福祉用具の貸与を受けるサービスです。

⑪ 特定福祉用具*販売・特定介護予防福祉用具販売

利用者の日常生活上の便宜を図り、利用者や介護者の負担軽減を図るため、腰掛便座や入浴補助用具などの特定福祉用具の購入ができるサービスです。

⑫ 居宅介護住宅改修・介護予防住宅改修

利用者の日常生活上の便宜を図り、利用者や介護者の負担軽減を図るため、自宅の手すり取り付けや段差解消などの改修ができるサービスです。

⑬ 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

介護付き有料老人ホーム等に入所している利用者に対して、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談、助言等の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行います。

(2) 地域密着型サービス

① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

重度者をはじめとした要介護者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行うサービスです。

② 夜間対応型訪問介護

自立した日常生活を24時間安心して送ることができるよう、夜間の定期的な巡回訪問、または通報により、利用者の自宅に訪問して入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話をを行います。

③ 地域密着型通所介護

定員18人以下の小規模な通所介護事業所で、利用者の心身機能の維持と社会的孤立感の解消や、家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。利用者が通所介護事業所へ通所し、入浴や食事等の日常生活上の世話や相談、助言、機能訓練、レクリエーション等のサービスを受けます。

④ 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

介護が必要な認知症高齢者が認知症対応型の通所介護事業所へ通い、入浴や食事等の日常生活上の世話、相談、助言、機能訓練、レクリエーション等を行います。

⑤ 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

「通い」を中心として、利用者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせたサービス提供を行い、在宅での生活継続を支援します。

**⑥ 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護
(グループホーム)**

介護が必要な認知症高齢者が少人数で共同生活を行い、認知症の進行を和らげます。家庭的な雰囲気の中で、介護職員が入浴や排せつ、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います。

⑦ 地域密着型特定施設入居者生活介護

利用者が可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう、指定を受けた入居定員29人以下の有料老人ホームや軽費老人ホームなどが、食事や入浴などの日常生活上の支援や機能訓練などを行います。

**⑧ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
(小規模特別養護老人ホーム)**

定員29人以下の介護老人福祉施設で、居宅において適切な介護を受けることが困難な利用者に対し、身近な地域において、入浴、排せつ、食事等の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理、療養上の世話を行います。

⑨ 看護小規模多機能型居宅介護

「通い」「泊まり」「訪問看護・リハビリテーション」「訪問介護」「ケアプラン」のサービスを一体化して、一人ひとりに合わせた柔軟な支援ができる、看護師を中心としたトータルケアのサービスです。

(3) 施設サービス

① 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

居宅において適切な介護を受けることが困難な利用者に対し、入浴、排せつ、食事等の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理、療養上の世話を行います。

② 介護老人保健施設

入院治療の必要のない利用者に対して、看護、医学的管理下での介護、機能訓練等の必要な医療、日常生活上の世話を行います。

③ 介護医療院

介護医療院は、長期にわたり療養が必要な利用者に対し、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行います。

(4) 居宅介護支援・介護予防支援

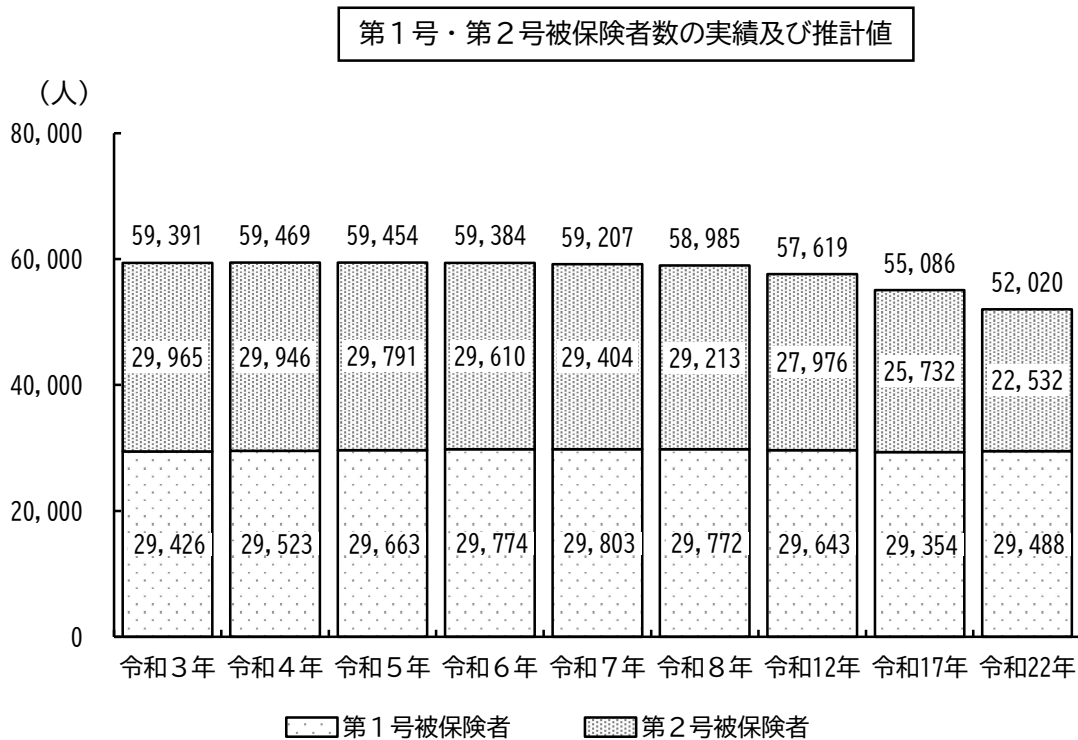
在宅サービス等が適切に利用できるように、利用者の依頼を受け、介護サービス計画の作成、在宅サービス事業者との連絡調整や介護保険施設への紹介等を行います。

2 介護給付費等の見込みと介護保険料

(1) 被保険者数、要支援・要介護認定者数及び給付費の見込み

①第1号・第2号被保険者数と要支援・要介護認定者数の見込み

第1号被保険者数は、令和7年までは増加しますが、令和8年以降は減少の見込みとなっています。第2号被保険者は年々減少しており、令和6年で29,610人、令和12年で27,976人、令和17年で25,732人、令和22年で22,532人の見込みとなっています。



資料：令和5年までは住民基本台帳（各年10月1日現在）
令和6年以降はコーホート変化率法による推計値

要支援・要介護認定者数は、年々増加しており、今後も第1号被保険者において、増加が見込まれます。

要支援・要介護認定者数の見込み（第1号・第2号被保険者）

単位：人

	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	令和 22年
総数	5,034	5,120	5,160	5,445	5,566	5,685	6,211	6,554	6,454
要支援1	674	650	618	702	714	724	789	801	746
要支援2	603	610	621	645	658	669	724	748	709
要介護1	1,041	1,052	1078	1,132	1,158	1,181	1,301	1,367	1,322
要介護2	855	879	910	921	943	964	1,044	1,105	1,096
要介護3	662	683	663	724	742	761	837	899	905
要介護4	681	695	713	743	762	783	856	928	954
要介護5	518	551	557	578	589	603	660	706	722
第1号被保険者	4,924	5,018	5,047	5,338	5,459	5,579	6,108	6,459	6,373
要支援1	667	644	609	695	707	717	782	795	741
要支援2	598	603	616	638	651	662	717	741	704
要介護1	1,022	1,036	1,056	1,115	1,141	1,164	1,284	1,352	1,309
要介護2	833	855	891	897	919	940	1,021	1,084	1,078
要介護3	643	665	645	707	725	744	820	884	892
要介護4	662	679	691	724	743	764	839	911	939
要介護5	499	536	539	562	573	588	645	692	710
第2号被保険者	110	102	113	107	107	106	103	95	81
要支援1	7	6	9	7	7	7	7	6	5
要支援2	5	7	5	7	7	7	7	7	5
要介護1	19	16	22	17	17	17	17	15	13
要介護2	22	24	19	24	24	24	23	21	18
要介護3	19	18	18	17	17	17	17	15	13
要介護4	19	16	22	19	19	19	17	17	15
要介護5	19	15	18	16	16	15	15	14	12
認定率（第1号）	16.7%	17.0%	17.0%	17.9%	18.3%	18.7%	20.6%	22.0%	21.6%

資料：令和5年までは介護保険事業状況報告（各年9月末現在）
令和6年以降は見える化システムによる推計値

②介護給付費等の総額の見込み

現在算定中のため、表示しておりません。

(2) 介護サービス・給付費等の見込量

第9期計画期間におけるサービス見込量（介護予防サービス）

区分	
介護予防サービス	
介護予防訪問入浴介護	給付費（千円）
	回数（回）
	人数（人）
介護予防訪問看護	給付費（千円）
	回数（回）
	人数（人）
介護予防訪問リハビリテーション	給付費（千円）
	回数（回）
	人数（人）
介護予防居宅療養管理指導	給付費（千円）
	人数（人）
介護予防通所リハビリテーション	給付費（千円）
	人数（人）
介護予防短期入所生活介護	給付費（千円）
	日数（日）
	人数（人）
介護予防短期入所療養介護（老健）	給付費（千円）
	日数（日）
	人数（人）
介護予防短期入所療養介護（病院等）	給付費（千円）
	日数（日）
	人数（人）
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	給付費（千円）
	日数（日）
	人数（人）
介護予防福祉用具貸与	給付費（千円）
	人数（人）
特定介護予防福祉用具購入費	給付費（千円）
	人数（人）
介護予防住宅改修	給付費（千円）
	人数（人）
介護予防特定施設入居者生活介護	給付費（千円）
	人数（人）

現在算定中のため、表示しておりません。

区分	
地域密着型介護予防サービス	
介護予防認知症対応型通所介護	給付費（千円）
	回数（回）
	人数（人）
介護予防小規模多機能型居宅介護	給付費（千円）
	人数（人）
介護予防認知症対応型共同生活介護	給付費（千円）
	人数（人）
介護予防支援	
介護予防支援	給付費（千円）
	人数（人）
合計	給付費（千円）

現在算定中のため、表示しておりません。

※給付費は年間累計の金額、回（日）数は1月当たりの数、人数は1月当たりの利用者数

第9期計画期間におけるサービス見込量（介護サービス）

区分	
居宅サービス	
訪問介護	給付費（千円）
	回数（回）
	人数（人）
訪問入浴介護	給付費（千円）
	回数（回）
	人数（人）
訪問看護	給付費（千円）
	回数（回）
	人数（人）
訪問リハビリテーション	給付費（千円）
	回数（回）
	人数（人）
居宅療養管理指導	給付費（千円）
	人数（人）
通所介護	給付費（千円）
	回数（回）
	人数（人）
通所リハビリテーション	給付費（千円）
	回数（回）
	人数（人）
短期入所生活介護	給付費（千円）
	日数（日）
	人数（人）
短期入所療養介護（老健）	給付費（千円）
	日数（日）
	人数（人）
短期入所療養介護（病院等）	給付費（千円）
	日数（日）
	人数（人）
短期入所療養介護（介護医療院）	給付費（千円）
	日数（日）
	人数（人）
福祉用具貸与	給付費（千円）
	人数（人）
特定福祉用具購入費	給付費（千円）
	人数（人）
住宅改修費	給付費（千円）
	人数（人）
特定施設入居者生活介護	給付費（千円）
	人数（人）

現在算定中のため、表示しておりません。

区分	
地域密着型介護予防サービス	
定期巡回・随時対応型訪問 介護看護	給付費（千円）
	人数（人）
夜間対応型訪問介護	給付費（千円）
	人数（人）
地域密着型通所介護	給付費（千円）
	回数（回）
	人数（人）
認知症対応型通所介護	給付費（千円）
	回数（回）
	人数（人）
小規模多機能型居宅介護	給付費（千円）
	人数（人）
認知症対応型共同生活介護	給付費（千円）
	人数（人）
地域密着型特定施設入居者 生活介護	給付費（千円）
	人数（人）
地域密着型介護老人福祉施 設入所者生活介護	給付費（千円）
	人数（人）
看護小規模多機能型居宅介 護	給付費（千円）
	人数（人）
施設サービス	
介護老人福祉施設	給付費（千円）
	人数（人）
介護老人保健	給付費（千円）
	人数（人）
介護医療院	給付費（千円）
	人数（人）
居宅介護支援	
居宅介護支援	給付費（千円）
	人数（人）
合計	給付費（千円）

現在算定中のため、表示しておりま
せん。

※給付費は年間累計の金額、回（日）数は1月当たりの数、人数は1月当たりの利用者数

(3) 地域支援事業の見込量

第9期計画期間における地域支援事業見込量

区分	
介護予防・日常生活支援総合事業	
訪問介護相当サービス	給付費(千円)
	人数(人)
訪問型サービスA	給付費(千円)
	人数(人)
通所介護相当サービス	給付費(千円)
	人数(人)
通所型サービスA	給付費(千円)
	人数(人)
短期集中予防サービス事業(サービスC)	給付費(千円)
介護予防ケアマネジメント	給付費(千円)
介護予防把握事業	給付費(千円)
介護予防普及啓発事業	給付費(千円)
地域リハビリテーション活動支援事業	給付費(千円)
上記以外の介護予防・日常生活総合事業	給付費(千円)
包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)及び任意事業	
包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)	給付費(千円)
任意事業	給付費(千円)
包括的支援事業(社会保障充実分)	
在宅医療・介護連携推進事業	給付費(千円)
生活支援体制整備事業	給付費(千円)
認知症初期集中支援推進事業	給付費(千円)
認知症地域支援・ケア向上事業	給付費(千円)
合計	給付費(千円)

現在算定中のため、表示しておりません。

※給付費は年間累計の金額、回(日)数は1月当たりの数、人数は1月当たりの利用者数

(4) 3年間の介護給付費等の総額の見込額

第9期計画期間における地域支援事業見込量

区分	現在算定中のため、表示していません。
標準給付費見込額	
総給付費	
特定入所者介護サービス費 給付額	
高額介護サービス費給付額	
高額医療合算介護サービス費 給付額	
算定対象審査支払手数料	
小計①	
地域支援事業費	
介護予防・日常生活支援総合 事業費	
包括的支援事業（地域包括支 援センターの運営）及び任意 事業費	
包括的支援事業（社会保障充 実分）	
小計②	
合計（①+②）	

3 第1号被保険者の介護保険料の設定について

(1) 費用負担の構成

現在算定中のため、表示しておりません。

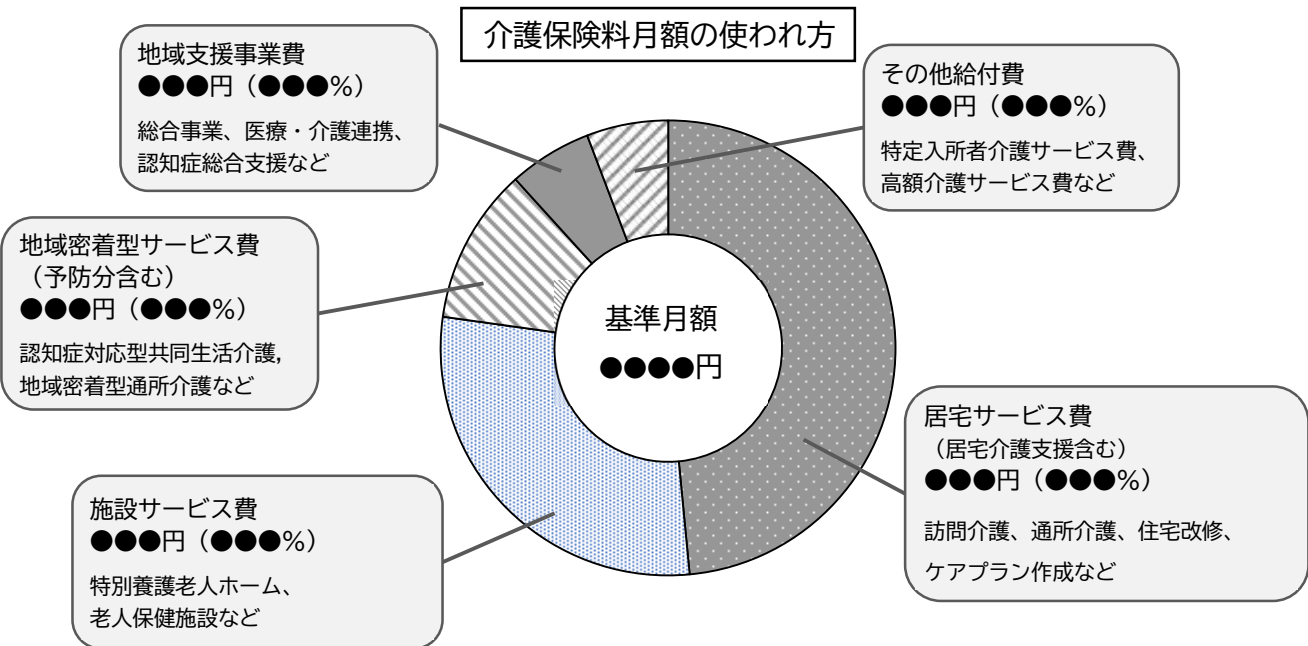
(2) 第1号被保険者の介護保険料

現在算定中のため、表示していません。

第1号被保険者の介護保険料

課税 状況	対象者	
家族 本人		
生活保護受給者		
非課税	非課税	老齢福祉年金受給者
		80万円以下
		80万円超 120万円以下
		120万円超
		80万円以下
		80万円超
課税	課税	合計所得金額
		120万円未満
		120万円以上 210万円未満
		210万円以上 320万円未満
		320万円以上 420万円未満
		420万円以上 520万円未満
		520万円以上 620万円未満
		620万円以上 720万円未満
		720万円以上

現在算定中のため、表示していません。



現在算定中のため、表示しておりません。

資料編

1 用語解説

○ICT

Information and Communication Technology の略。携帯電話やインターネットなど、情報や通信に関する技術の総称。

○アウトリーチ

積極的に対象者のいる場所に出向いて働きかけることやさまざまな形で、必要な人に必要なサービスと情報を届けることをいいます。

○運営指導

介護保険施設等ごとに、介護サービスの質、運営体制、介護報酬請求の実施状況等の確認のため、原則、実地に行う行政指導のことをいいます。介護保険施設等が行うサービスについて、日々のサービスで正しくアウトプットができているか確認する機会でもあります。

○エイジレス社会

年齢で区別することなく、全ての年代の人々が意欲や能力に応じて活躍できる社会のこと。内閣府は、2018 年に取りまとめた「高齢社会対策大綱」の中で、エイジレス社会を目指すことを宣言しました。

○介護給付費

介護保険制度のサービス利用料のうち、市区町村などの保険者が負担する金額をさします。

○介護支援専門員（ケアマネジャー）

要介護者または要支援者からの相談に応じるとともに、要介護者等がその心身の状況等に応じ適切なサービスを利用できるよう介護サービス計画（ケアプラン）を作成するとともに、市町村、サービス事業者、施設などとの連絡調整等を行う人のことです。

○介護相談員

サービスが提供されている場を訪れ、サービスを利用する人などの話を聞き、相談に応じるなどの活動を行う者。介護相談員の派遣によって、利用者の疑問や不満、不安の解消を図るとともに、派遣を受けた事業所が提供する介護サービスの質的な向上を図ることを目的としています。

○介護予防・日常生活支援総合事業

要支援者等の多様な生活支援のニーズに対応するため、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すものです。

○介護離職

家族などの介護を理由に、勤めている社員等が会社を辞めることをいいます。

○介護ロボット

ロボット技術が応用され、利用者の自立支援や介護者の負担の軽減に役立つ介護機器を介護ロボットと呼んでいます。

○通いの場

地域の住民同士が気軽に集い、一緒に活動内容を企画し、ふれあいを通して「生きがいづくり」「仲間づくり」の輪を広げる場所です。地域の介護予防の拠点となる場所でもあります。

○勸奨資材

自治体や健保組合で健診等を率的に実施できるよう、対象者に受診を促すために必要な情報をわかりやすく伝える印刷物・データ等をいいます。

○機能訓練

利用者の心身の状況などに応じて、日常生活を送るために必要となる身体機能、生活機能を改善し、またはその減退を防止するための訓練です。

○給付適正化主要3事業

「ケアプラン点検」、「要介護認定の適正化」、「医療情報との突合・縦覧点検」を合わせた事業です。

○協議体

地域における多様なサービス提供主体が定期的に情報共有を行うと共に、連携強化・協働によるサービス資源の開発等を推進することを目的とした、市町村が主体となって設置する協議体を指します。地域のあり方を議論しながら取り組み方法や仕組み等を検討する「協議」に加え、地域づくりに向けた実質的な取り組みを行う「実践」という2つの機能を持っています。

○ケアプラン

個々のニーズに合わせた適切な保健・医療・福祉サービスが提供されるように、ケアマネジャーを中心に作成される介護計画のことです。

ケアプランは、①利用者のニーズの把握、②援助目標の明確化、③具体的なサービスの種類と役割分担の決定、といった段階を経て作成され、公的なサービスだけでなく、地域の社会資源も活用して作成されます。

○ケアマネジメント

生活困難な状態になり援助を必要とする利用者が、迅速かつ効果的に、必要とされるすべての保健・医療・福祉サービスを受けられるように調整することを目的とした援助展開の方法です。利用者和社会資源の結び付けや、関係機関・施設との連携において、この手法が取り入れられています。

○健康寿命

ある健康状態で生活することが期待される平均期間を表す指標です。これは、算出対象となる集団の各個人について、その生存期間を「健康な期間」と「不健康な期間」に分け、前者の平均値を求めることで表すことができます。

○健康生活推進員

「私たちの健康は私たちの手で」を合言葉に、健康づくりの大切さを伝え、運動と栄養を基本に健康寿命の延伸につながる活動や高齢者がいきいきと暮らせる街づくりの推進等に取り組んでいます。令和6年1月1日現在、茂原市長から委嘱された35名の推進員が行政や地域と協働しています。

○高齢化率

総人口に占める65歳以上人口の割合をいいます。

○コーホート変化率法

同じ年（または同じ期間）に生まれた人々の集団（コーホート）について、過去の2つの時点の人口動勢から「変化率」を求め、それに基づき将来人口を推計する方法です。推計期間が比較的近い将来で、変化率を算出する過去の対象期間に特殊な人口変動がなく、また推計期間となる将来にも特殊な人口変動が予想されない場合での利用が適しています。

○国保データベースシステム

国民健康保険団体連合会が保険者の委託を受けて行う各種業務を通じて管理する「特定健診・特定保健指導」、「医療（後期高齢者医療含む）」、「介護保険」等の情報を活用し、統計情報や「個人の健康に関する情報」を提供し、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築されたシステムです。

○作業療法士

食事や掃除などの家事、趣味活動や社会活動など、社会適応に向けた心と身体のリハビリを行う専門家のことをいいます。

○市長申し立て

判断能力が不十分で、しかも身内の方による申立ができないもしくは不適切な場合に、本人の福祉のために市町村長が行う家庭裁判所への成年後見制度の申し立てです。

○市民成年後見人

弁護士や司法書士などの資格をもたない、親族以外の市民による成年後見人等であり、市町村等の支援をうけて後見業務を適正に担います。主な業務は、ひとりで決めることに不安のある方の金銭管理、介護・福祉サービスの利用援助の支援などです。

○若年性認知症

18歳から64歳の間に発症した認知症の総称です。若年性認知症という病気があるわけではなく、発症年齢で区分した概念です。

○重層的支援体制整備事業

市町村全体の支援機関・地域の関係者が断らず受け止め、つながり続ける支援体制を構築することをコンセプトに、「属性を問わない相談支援」、「参加支援」、「地域づくりに向けた支援」の3つの支援を一体的に実施することを必須にしています。

○集団指導

必要な情報の発信及び伝達について、漏れの無いように確実かつ一斉に行う行政指導をいいます。正確な情報の伝達・共有による不正等の行為の未然防止を目標としており、いわば介護保険施設等に対し情報のインプットを図るものです。

○重度化防止

要支援・要介護度が悪化（重度化）しないための取り組みを指します。

○身上保護

被後見人の生活や健康に配慮し、安心した生活がおくれるように契約などを行います。身上保護は法律行為によるものであり、被後見人に対し後見人が直接介護や看護などをすることは含まれていません。

○生活支援コーディネーター

地域の生活の課題や困りごと等を把握し、必要となるサービスの創出やその担い手となるボランティア等の発掘・養成、高齢者等が担い手として活動する場の確保等を通じて、地域の支援ニーズとサービス提供のマッチングといったコーディネート活動等を行い、地域における一体的な生活支援サービスの提供体制の整備を推進しています。

○生産年齢人口

一般に「働き手」とされる15歳～64歳までの人口のこと。

○成年後見制度

認知症、知的障害、精神障害など判断能力が十分ではない人を保護するための制度です。判断能力が不十分だと、不動産や預貯金などの財産管理や、契約を締結すること等が難しい場合があり、また、自分に不利益な契約であっても分からないまま契約してしまい、悪徳商法の被害にあう恐れもあります。このような判断能力の不十分な人を保護し、支援するために代理権や同意権・取消権が付与された成年後見人等が財産管理等を行う仕組みです。

○専門職後見人

第三者後見人の中でも、司法書士、弁護士、社会福祉士の3士業は、特に成年後見制度の専門家として認められ、後見人候補者の名簿が各家庭裁判所に置かれています。この3士業が後見人になる場合を「専門職後見人」といいます。

○多職種

さまざまな職種の集合体のことを指します。

○多職種連携

同じ目標へ向かって医師や看護師、リハビリテーション専門職、地域包括支援センターなど、さまざまな専門職が連携し、取り組むことをいいます。

○団塊ジュニア世代

「団塊の世代」のこども世代として第二次ベビーブーム期（1971（昭和46）年～1974（昭和49）年）に生まれた世代をさします。

○団塊の世代

第一次ベビーブーム期（1947（昭和22）年～1949（昭和24）年）に生まれた世代をさします。

○地域共生社会

制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、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をさします。

○地域ケア会議

市町村が設置し、市町村または地域包括支援センターが運営する、行政や生活支援コーディネーターをはじめ、医療や介護の専門職等、地域の関係者から構成される会議を指します。開催目的に応じて地域ケア個別会議、地域ケア推進会議とも称され、また、市町村全体の課題を検討するものや日常生活圏域、あるいは個別課題レベルでの議論を行うものもあるなど、市町村によって様々な形で体系化されています。本市では、地域ケア会議を地域ケア個別会議と地域ケア推進会議の総称として位置付け、地域ケア推進会議等をその目的に応じて市圏域地域ケア推進会議等と称して運営しています。

地域ケア会議は、地域包括ケアシステムの実現に向けて高齢者個人に対する支援の充実とそれを支える社会基盤の整備を進めることを目的にしており、具体的には①個別課題の解決、②地域包括支援ネットワークの構築、③地域課題の発見、④地域づくり資源開発、⑤政策の形成という5つの機能があります。

○地域ケア個別会議

位置づけとしては地域ケア会議の一形態ですが、実際には地域ケア会議に付属、あるいは連携する会議として開催・運営されています。主に個別事例の課題の検討により、高齢者等の自立を支援することを目的としています。

○地域ケア推進会議

地域ケア個別会議と同様、位置づけは地域ケア会議の一形態ですが、実際には地域ケア会議に付属、あるいは連携する会議として開催・運営されています。主に地域課題の共有、そして対策の検討等を行い、地域づくり・サービス資源開発や政策形成による地域課題の解決につなげることを目的としています。

○地域支援事業費

地域支援事業は、要支援・要介護状態になる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から「介護予防事業」「包括的支援事業」及び「任意事業」の3事業を実施しています。また、財源構成としては、介護保険料と公費により賄っています。

○地域生活連携シート

医療と介護サービスをスムーズに提供することを目的とする、千葉県が作成した参考様式です。居宅介護支援事業所や介護老人福祉・保健施設等の介護支援専門員（ケアマネジャー）と病院の担当者、かかりつけ医、訪問看護師等が利用者（患者）の情報を円滑に共有することを目指しています。

○地域包括ケアシステム

重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制のことをいいます。

○地域包括支援センター

地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防ケアマネジメントなどを総合的に行う機関で、各市町村に設置されています。保健師・主任ケアマネジャー・社会福祉士等が配置されています。

本市でも高齢者の方が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、介護や日常生活の困りごとなどに必要な助言や支援を行うため、4つの日常生活圏域にそれぞれ1か所ずつ地域包括支援センターが設置され、無料で相談に応じています。

○地域連携ネットワーク

地域の社会資源をネットワーク化し、各地域において相談窓口を整備するとともに、支援の必要な人を発見し、適切に必要な支援につなげる地域連携の仕組みです。

○チームオレンジ

認知症の人が地域で安心して暮らしていくための、認知症の人やその家族の具体的な支援ニーズと認知症サポーター等による支援をつなげる仕組み・体制です。

○ちよいとサポーター

本市では、一定の専門知識と技術を持つ「ちよいとサポーター」を養成し、地域において日頃の生活のちょっとした手助けが必要な方々を支える活動をしています。主な支援の内容は、掃除やゴミ出し、買い物など家事を中心とした生活支援サービスです。

○特殊寝台

一般的には「介護ベッド」または「電動ベッド（ギャッチベッド）」と言われます。特殊寝台は、背部または脚部の傾斜角度が調整できる機能や、床板の高さが無段階に調整できる機能を持ったものです。

○特定健康診査

40歳～74歳の被用者保険（健康保険組合や全国健康保険協会など）や国民健康保険の加入者を対象として実施されている、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した健診です。

○特定福祉用具

利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、福祉用具販売の指定を受けた事業者が、入浴や排泄に用いる、貸与になじまない福祉用具を販売します。福祉用具を利用することで日常生活上の便宜を図り、家族の介護の負担軽減などを目的として実施します。

○特定保健指導

特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による効果が多く期待できると判定された人に対して行われる健康支援のことです。一人ひとりの身体状況や生活環境などに合わせて、医師・保健師・管理栄養士などの専門家が生活習慣を見直すためのサポートを行います。

○日常生活圏域

地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件等を総合的に勘案して市町村が定める区域です。面積や人口だけでなく、地域の特性などを踏まえて設定することとなっており、茂原市では4つの日常生活圏域が設定されています。

○日常生活自立支援事業（愛称：すまいる）

認知症、知的障害、精神障害などにより判断能力が不十分な方が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、福祉サービスの利用援助等を行う社会福祉協議会によるサービスです。

成年後見制度と似ている制度といえますが、日常生活自立支援事業は福祉サービスの利用援助や日常的な金銭等、日常的な生活管理に限定していることに対して、成年後見制度は日常的な金銭に留まらないすべての財産管理や福祉施設の入退所など生活全般の支援（身上監護）に関する契約等の法律行為を支援することが可能です。

○認知症サポーター

「認知症サポーター養成講座」の受講者で、友人や家族への認知症に関する正しい知識の伝達や、認知症になった人の手助けなどを本人の可能な範囲で行うボランティアのことです。

○認知症疾患医療センター

認知症に関する詳しい診断、行動・心理症状や身体の合併症への対応、専門医療相談などを行う医療機関です。予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能体制の構築を図ることを目的として、都道府県や政令指定都市が国の定める設置基準への適合等を審査の上指定するもので、千葉県では10病院、千葉市では1病院が指定されています。

○認知症地域支援推進員

各市町村が進めている認知症施策の推進役、そして地域における認知症の人の医療・介護等の支援ネットワーク構築の要役として、地域の特徴や課題に応じた活動を展開しています。

○認定率

第1号被保険者に占める要介護（要支援）認定者の割合。

○ピアサポート

自ら障害や疾病の経験を持つ人が、その経験を生かしながら、他の障害や疾病のある障害者のための支援を行うもの。

○フレイル

日本老年医学会が提唱した、健康な状態と要介護状態の中間の状態を表す概念です。加齢とともに心身の活力（運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障がいされ、心身の脆弱性が出現した状態ではあります。一方、適切な支援が結びつくこと等により、生活機能の維持、あるいは回復・向上が可能な状態とされています。

要介護状態に至る経路は、多くの場合、フレイルを経て進むと考えられており、フレイルの予防、または早期にフレイルに気づき、対応を図ることが重要とされています。

○平均自立期間

いわゆる健康寿命の1つであり、日常生活が要介護でなく、自立して暮らせる生存期間の平均を指します。

○ほっとみまもり運動

茂原市ほっとみまもり運動は、日頃の生活の中で、手助けが必要な高齢者を見かけた時「どうしましたか」「お手伝いしましょうか」と声をかけ、認知症の方とその家族を地域全体で見守っていくことを目指した運動です。

○見える化システム

正式には、「地域包括ケア『見える化』システム」といいます。都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するために厚生労働省が開発した情報システムです。システムは、①介護・医療の現状分析・課題抽出支援機能、②課題解決のための取組事例の共有・施策検討支援機能、③介護サービス見込み量等の将来推計支援機能、④介護・医療関連計画の実行管理支援機能から構成されています。

○ヤングケアラー

本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っていることものをいいます。

○理学療法士

起き上がり、歩行などの基本動作の回復・維持・悪化予防を目的として、運動機能回復にむけたリハビリを行う専門家のことをいいます。

○リハビリテーション専門職

理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）の総称です。

○療養上の世話

保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三号）第五条にいう「療養上の世話」とは、例えば、食事の介助、清拭等の傷病者又はじょく婦に対して療養上必要な世話を行うことです。