

小山町高齢者保健福祉計画及び
第 8 期介護保険事業計画
【令和 3～5 年度】

令和 3 年 3 月

小 山 町

目 次

第1編 基本方針	
第1章 計画策定にあたって	1
第1節 計画策定の趣旨	1
第2節 計画の位置づけと期間	2
（1）根拠法令等	2
（2）他の計画等との関係	2
（3）計画の期間	3
（4）日常生活圏域の設定	3
第3節 計画の策定方法	4
（1）小山町介護保険等総合会議	4
（2）ニーズ調査・実態調査	4
（3）パブリックコメント	4
第2章 小山町の高齢者の概況	5
第1節 被保険者数の実績値及び推計値	5
（1）人口の推移と将来推計	5
（2）「第5次小山町総合計画」における将来人口との関係	6
（3）前期・後期高齢者の推移及び推計	8
（4）高齢者のいる世帯の状況	9
第2節 認定者数等の推計	10
（1）介護保険被保険者数の推移と推計	10
（2）要介護（要支援）認定者の推移及び推計	11
第3節 介護保険事業及び医療・保健の状況	12
1. 介護保険事業の状況	12
（1）受給者数の推移	12
（2）給付費の推移	13
（3）一人あたりの給付月額	14
（4）新規要介護認定者の要介護度分布と年齢階級別分布	15
（5）新規要支援認定者の1年後の状態変化	16
（6）第7期介護保険サービスの計画値比較	17
2. 医療・保健の状況	20
第4節 高齢者等実態調査の結果概要	27
（1）ニーズ調査	27
（2）在宅介護実態調査	32
第5節 2040年の小山町の将来像	37
第3章 計画の基本的方向	38
第1節 基本理念	38
第2節 基本目標	39
第3節 施策体系図	40

第2編 施策と見込み量

第1章 基本目標1 健康でいきいきと暮らせる長寿のまちづくり	43
基本施策1 高齢者の社会参加の促進	43
基本施策2 保健事業と介護予防の一体的実施	46
基本施策3 自立支援・重度化防止に資する介護・福祉サービスの提供	50
基本施策4 高齢者の生きがいづくり・活躍の機会の拡充	52
第2章 基本目標2 住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくり	54
基本施策1 地域共生社会の実現に向けたケア体制の充実	54
基本施策2 在宅医療・介護連携の推進	57
基本施策3 認知症高齢者等への支援の充実	59
基本施策4 権利擁護の取組の推進	61
第3章 基本目標3 生活基盤を維持できるまちづくり	63
基本施策1 介護・福祉サービスの確保	63
基本施策2 持続可能な介護保険制度の運営	77
基本施策3 感染症対策・災害対策	82

第3編 給付費の推計と介護保険料

第1章 介護保険事業費の見込み	85
第1節 総事業費算定手順	85
第2節 介護給付費等の見込み	86
(1) 総給付費	86
(2) 標準給付費見込額	88
(3) 地域支援事業費	88
(4) 総事業費	88
第3節 第1号被保険者介護保険料の設定	89
(1) 第8期介護保険料基準額	89
(2) 所得段階別の保険料及び保険料基準額に対する割合	91
第2章 計画の推進と評価	92
第1節 計画の推進	92
第2節 計画の評価	92

資料編

1 第5次小山町総合計画 一関係部分抜粋一	93
2 小山町介護保険等総合会議設置要綱	99
3 小山町介護保険等総合会議委員名簿	101
4 小山町介護保険等総合会議会議経過	102
5 用語解説	103

第 1 編

基本方針

第1章 計画策定にあたって

第1節 計画策定の趣旨

平成12年に創設された介護保険制度は、高齢者の自立した生活の支援と介護になった際の安心を提供する仕組みとして運営されてきましたが、近年、地域共生社会の実現を目指す中で、地域特性に応じた介護サービス提供体制の整備、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策への総合的な取組などが求められています。

団塊ジュニア世代（昭和46年～49年生まれ）が65歳以上となる令和22年（2040年）には、一人暮らし高齢者や認知症高齢者が大幅に増加すると見込まれ、生活支援のニーズも多様化してくることが予想されます。

このような動向を反映し、国は、第8期の介護保険事業計画策定にあたって、次のとおり重点項目を示しています。

「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」

〔重点項目〕

- ①2025年・2040年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備
- ②地域共生社会の実現
- ③介護予防・健康づくり施策の充実・推進
- ④有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化
- ⑤認知症施策推進大綱等を踏まえた認知症施策の推進
- ⑥地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化
- ⑦災害や感染症対策に係る体制整備

本町における高齢化率は、令和2年4月現在で30.4%となっており、町の将来人口推計によると、令和7年（2025年）には32.2%となり、その後も上昇を続け、令和22年（2040年）には34.7%まで上昇し、町民の3人に1人以上が高齢者になると予測されています。

このような状況の中、平成30年度から3年間を計画期間とする「小山町高齢者保健福祉計画及び第7期介護保険事業計画」が令和2年度末に期間満了となります。

現計画の成果や本町の状況、高齢者の現状、介護・福祉に関する将来的な動向等を踏まえ、来るべき高齢化のピーク時に対応できる体制の構築を目指し、高齢者に対する保健・福祉、介護等に関する施策の方向性や取組を定めるため、次期計画を策定するものです。

第2節 計画の位置づけと期間

(1) 根拠法令等

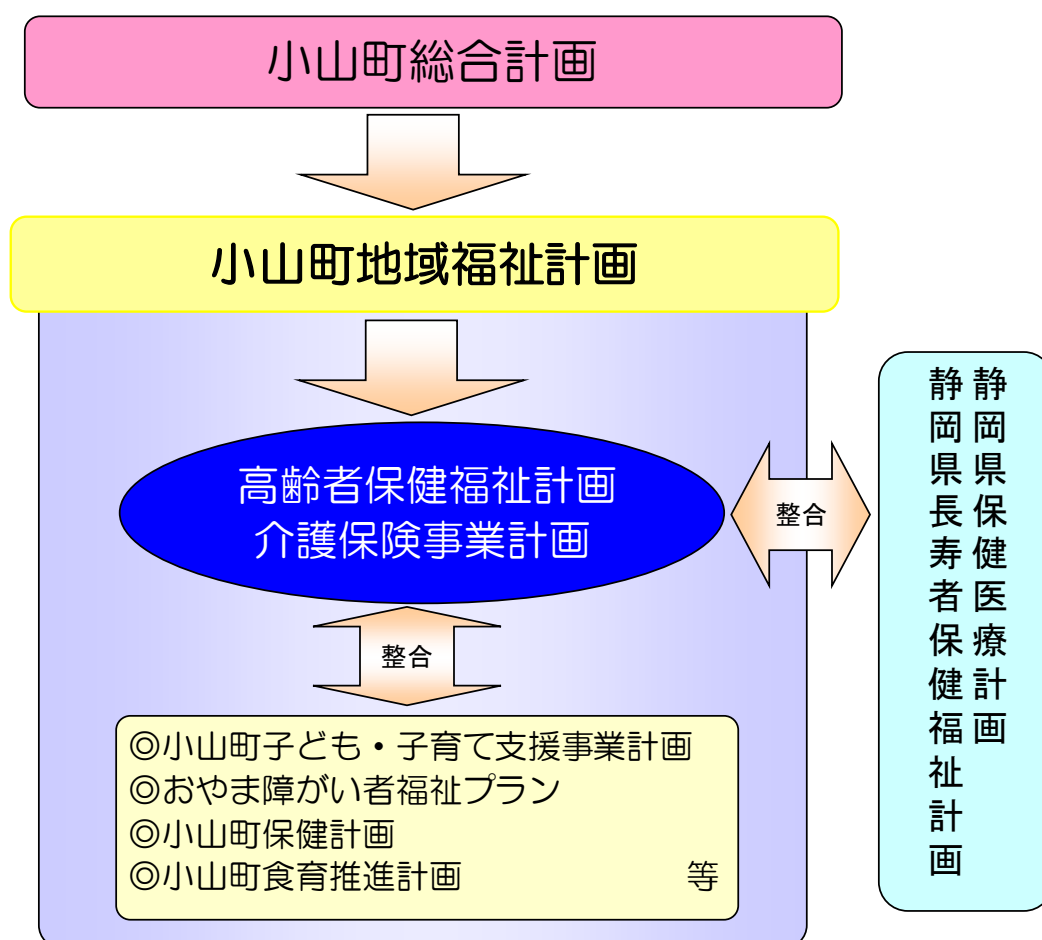
本計画は、老人福祉法（昭和38年7月11日法律第133号）に基づく「老人福祉計画」と介護保険法（平成9年12月17日法律第123号）に基づく「介護保険事業計画」を合わせ、高齢者の保健事業も織り込み総合的な計画として策定するものです。

(2) 他の計画等との関係

本計画は、町の基本計画である「小山町総合計画」を上位計画とし、その他関連計画との整合性を図りつつ策定するものです。

今般、令和3年度から令和12年度を計画期間とする「第5次小山町総合計画」が策定されました。

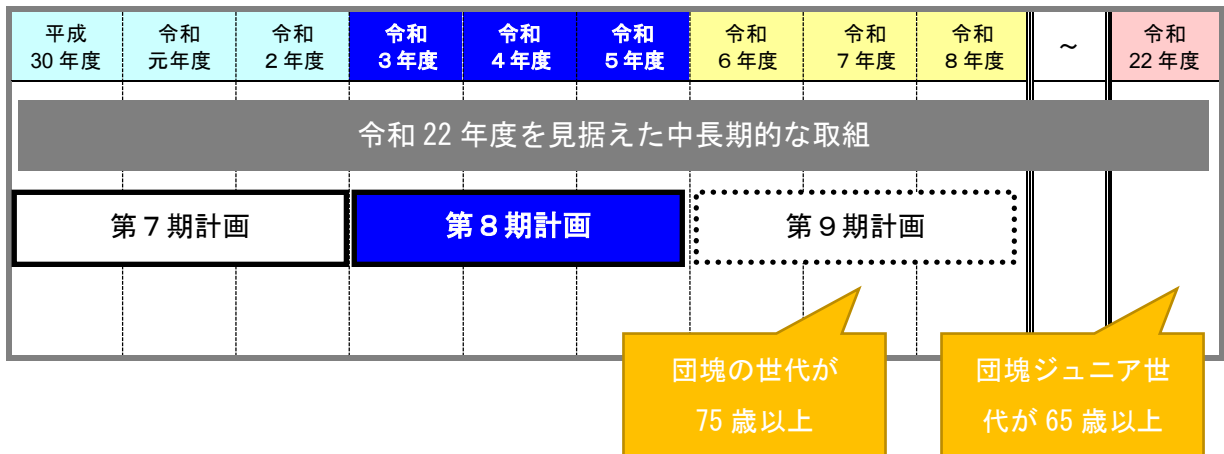
本計画は、「第5次小山町総合計画」のうち、高齢者保健福祉分野に関する基本施策（資料編参照）を具体的に示すものとなります。



(3) 計画の期間

介護保険法において、市町村介護保険事業計画は3年を1期とするものと定められており、第8期計画期間にあたる本計画の期間は、令和3年度から令和5年度の3年間となります。

また、本計画は、「団塊の世代」が75歳以上となる令和7年度（2025年度）、「団塊ジュニア世代」が65歳以上となる令和22年度（2040年度）を見据え、中長期的な取組を推進する計画となっています。



(4) 日常生活圏域の設定

介護保険法では、身近な地域において適切なサービスを提供することを目的に、地域密着型サービスの基盤整備の単位でもある「日常生活圏域」を市町村ごとに定めることとされています。

本町では、人口、施設の立地・整備状況等を踏まえ、一元的・包括的なサービス提供体制を確保できるよう、これまでと同様、町全域を一つの圏域として設定します。

第3節 計画の策定方法

高齢者に対する福祉施策や介護サービスのあり方については、高齢者はもとより広く住民のニーズを把握し、それを反映させるよう配慮する必要があります。そこで、本計画の見直しに際し、以下のような取組を行いました。

(1) 小山町介護保険等総合会議

本計画策定にあたっては、学識経験者、被保険者代表、本町の高齢者保健福祉分野に関わる団体・事業者等で構成する小山町介護保険等総合会議を「計画策定委員会」として位置づけ、計画策定を進めました。

(2) ニーズ調査・実態調査

本計画を策定するにあたり、本町の高齢者の心身の状況や健康状態、日常生活の状況、介護保険に関する意見などをうかがい、計画づくりの参考とすることを目的に、以下のアンケート調査を実施しました。

調査名	調査対象
高齢者一般・総合事業対象者・在宅要支援認定者調査	要介護認定を受けていない 65 歳以上の方
在宅要介護認定者調査	要介護認定を受け在宅で生活している方

主なアンケート結果は、第2章第4節に掲載しています。

(3) パブリックコメント

本計画に対する町民の意見を広く聴取するために、令和2年12月21日から令和3年1月19日までの期間を設け、計画案の内容等を公表するパブリックコメントを実施したほか、介護事業者等への説明会を開催し、寄せられた意見を反映して最終的な計画案の取りまとめを行いました。

第2章 小山町の高齢者の概況

第1節 被保険者数の実績値及び推計値

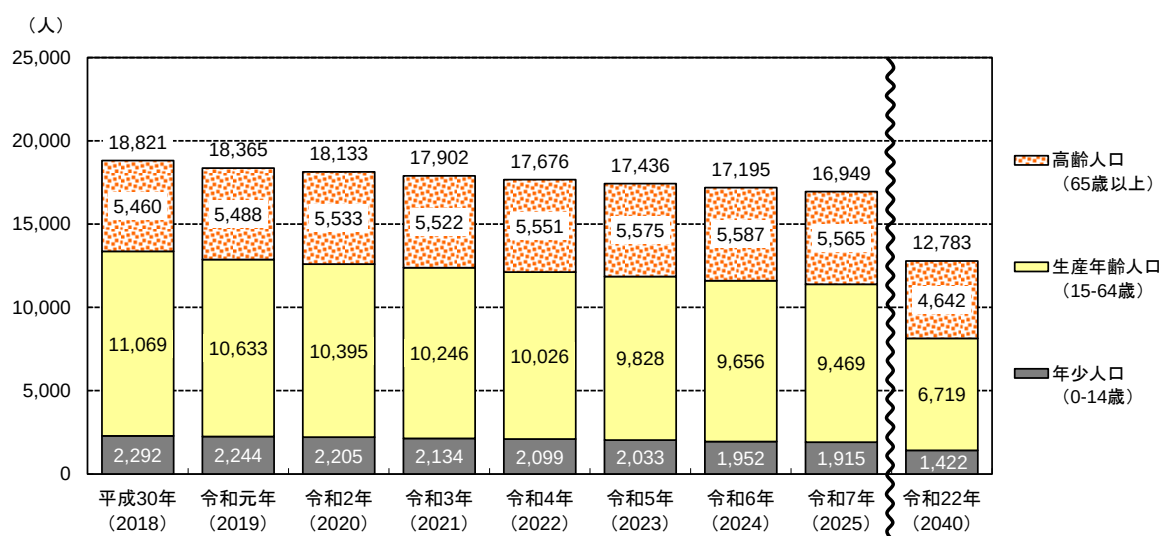
(1) 人口の推移と将来推計

本町の人口は、これまで減少傾向で推移してきており、令和2年（2020年）現在では18,133人となっています。推計によると減少傾向は今後も続き、計画の最終年である令和5年（2023年）には17,436人、令和22年（2040年）には12,783人にまで減少することが見込まれています。

高齢化率は、令和22年まで一貫して上昇します。

年齢3区分別にみると、15歳未満（年少人口）と15～64歳（生産年齢人口）は減少し続けますが、65歳以上（高齢人口）は令和6年（2024年）まで増加した後、令和7年（2025年）に減少に転じると見込まれています。

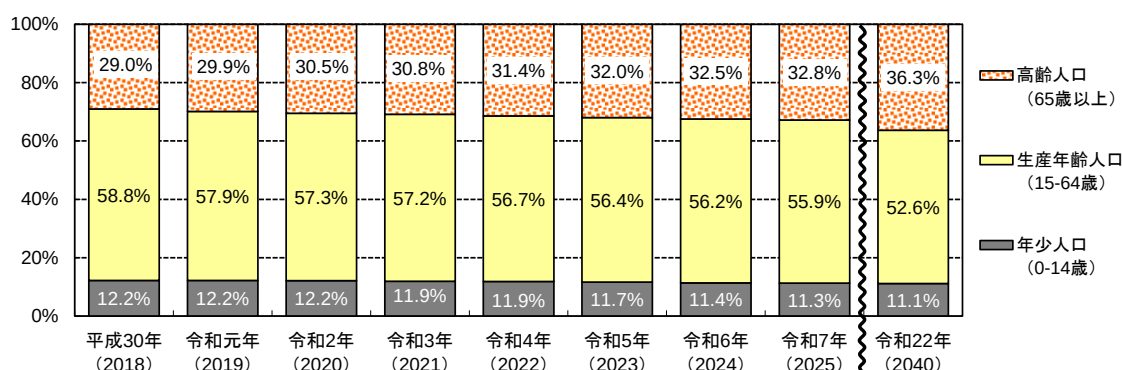
○年齢3区分別人口推移及び推計



※平成30年～令和2年は住民基本台帳人口（各年10月現在）、令和3年以降はコーホート変化率法による推計値

※コーホートとは、同年（又は同期間）に出生した集団のことを言い、コーホート変化率法とは、その集団ごとの過去における実績人口の動勢から「変化率」を求め、それに基づき将来人口を推計する方法

○年齢 3 区分別人口推移及び推計（構成比）



※平成 30 年～令和 2 年は住民基本台帳人口（各年 10 月現在）、令和 3 年以降はコーホート変化率法による推計値

※端数処理の関係で合計が 100%にならない場合がある。

（２）「第 5 次小山町総合計画」における将来人口との関係

本町では、今般、令和 3 年度から令和 12 年度までを計画期間とする「第 5 次小山町総合計画」を策定しました。この総合計画における将来人口は、以下のとおりとなっています。

総合計画は、町の最上位計画であり、小山町が目指す将来像、基本目標及び基本方針と、これを実現するために取り組むべき施策が総合的かつ体系的に示されています。

想定人口は、それら町の施策（町民満足度の向上、三来拠点事業、健康寿命の延伸など）の効果と、若者の人口流出や出生率が改善・上昇することを前提に見込まれていますので、この想定人口が達成されることを目指し、本計画に定める各種施策を着実に推進していくこととします。

なお、総合計画における高齢者保健福祉に関する施策は、主に、「地域共生社会の実現に向けた取組」と「健康寿命の延伸と包括的支援の充実」の項に記載しています（資料編参照）。

○「第 5 次小山町総合計画」における将来人口

区 分	現状値	想定値			
	令和 2 年 (2020 年)	令和 7 年 (2025 年)	令和 12 年 (2030 年)	令和 17 年 (2035 年)	令和 22 年 (2040 年)
想定人口	18,246 人	17,400 人	16,500 人	15,500 人	14,500 人

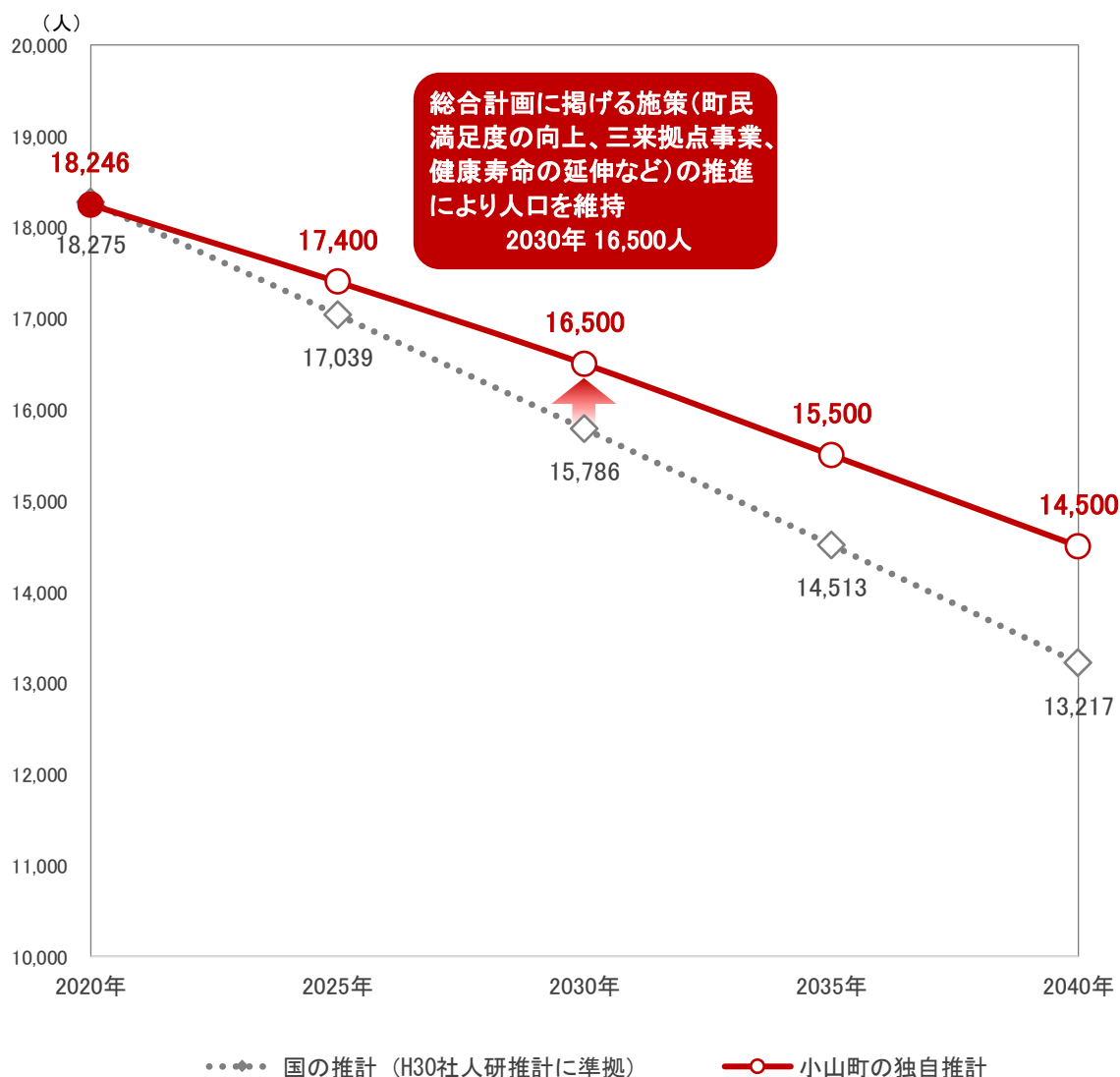
(参考)「第5次小山町総合計画」抜粋

〔第2部 基本構想〕－〔第4章 将来人口と土地利用〕－〔将来人口〕より

まちづくりの方針を定めるにあたり、あらためて将来人口の検討を行いました。

これまでの人口動向を踏まえ、これからの施策効果を含む社会動態を加味し、将来人口推計を行った結果、第5次小山町総合計画 後期基本計画の計画期間の最終年である令和 12 (2030) 年度の将来人口を 16,500 人に設定します。

2030年：16,500人（2040年：14,500人）



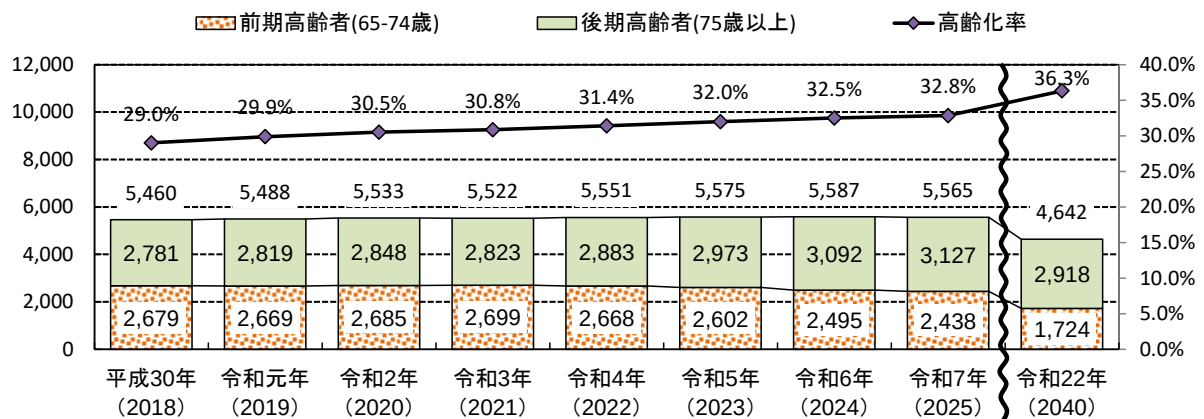
※2020年は住民基本台帳人口（4月1日）の国勢調査人口水準への補正值。

(以上、抜粋)

(3) 前期・後期高齢者の推移及び推計

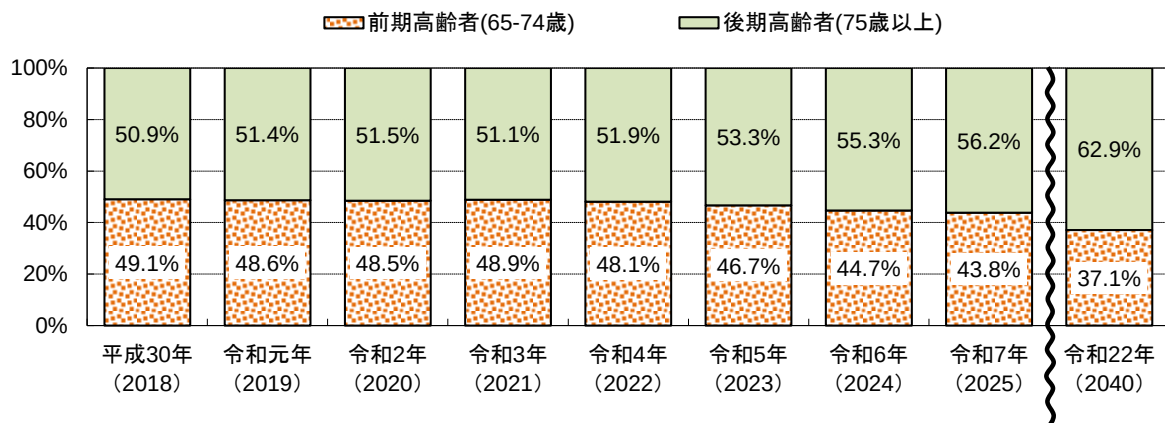
65 歳以上の高齢者数及び高齢化率は、計画期間最終年の令和 5 年では 5,575 人・32.0%と見込まれます。高齢者を前期高齢者（65～74 歳）と後期高齢者（75 歳以上）に分けて比率をみると、後期高齢者の割合が増えていくことが見込まれます。

○前期・後期高齢者の推移及び推計



※平成 30 年～令和 2 年は住民基本台帳人口（各年 10 月現在）、令和 3 年以降はコーホート変化率法による推計値

○前期・後期高齢者の推移及び推計（割合）



※平成 30 年～令和 2 年は住民基本台帳人口（各年 10 月現在）、令和 3 年以降はコーホート変化率法による推計値

(4) 高齢者のいる世帯の状況

国勢調査から本町の世帯数の推移をみると、65 歳以上の世帯員のいる世帯は増加傾向で推移し、平成 27 年では 3,250 世帯となっています。

また、高齢者単身世帯、高齢夫婦世帯についても同様に、世帯数、比率いずれも増加しています。

○世帯数の推移

		平成 17 年	平成 22 年	平成 27 年
一般世帯数		6,601 世帯	6,512 世帯	6,378 世帯
65 歳以上の世帯員のいる世帯		2,874 世帯	3,085 世帯	3,250 世帯
(対一般世帯数比)		43.5%	47.4%	51.0%
高齢単身世帯		405 世帯	502 世帯	573 世帯
(対一般世帯数比)		6.1%	7.7%	9.0%
高齢夫婦世帯		478 世帯	570 世帯	679 世帯
(対一般世帯数比)		7.2%	8.8%	10.6%

※高齢単身世帯とは、65 歳以上の者一人のみの世帯

資料：国勢調査

※高齢夫婦世帯とは、夫が 65 歳以上、妻が 60 歳以上の夫婦 1 組のみの世帯

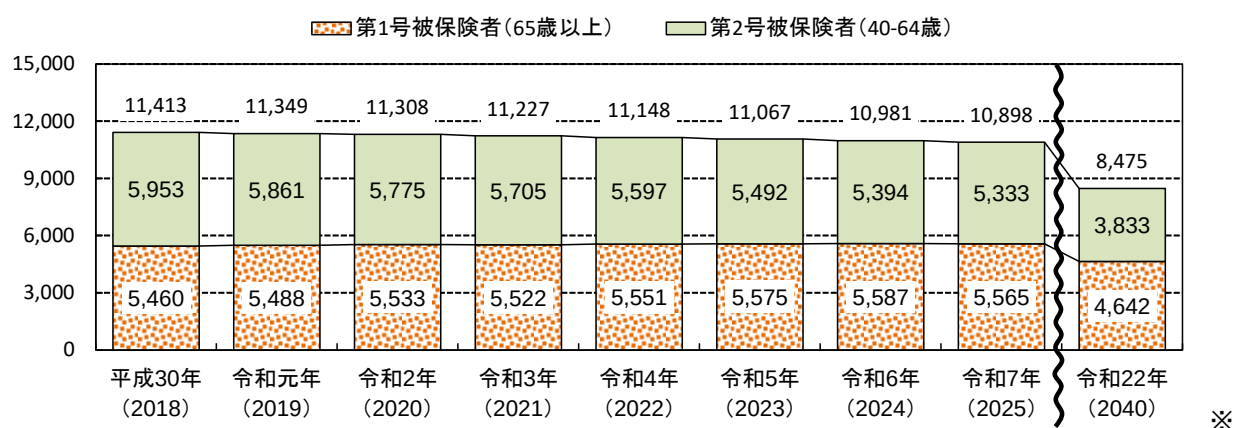
第2節 認定者数等の推計

(1) 介護保険被保険者数の推移と推計

介護保険被保険者数の推移をみると、65歳以上の第1号被保険者数は、増加傾向で推移し、計画最終年の令和5年では、5,575人となっています。

また、被保険者種類別にみると、令和5年以降は第1号被保険者（65歳以上）が第2号被保険者（40-64歳）を上回っています。

○介護保険被保険者数の推移及び推計



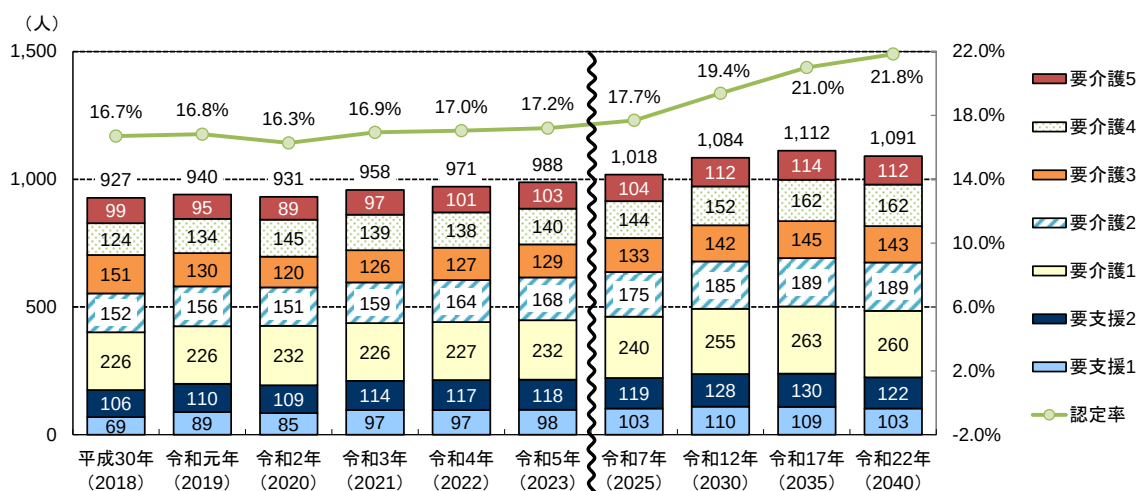
平成30年～令和2年は住民基本台帳人口（各年10月現在）、令和3年以降はコーホート変化率法による推計値

（２）要介護（要支援）認定者の推移及び推計

令和２年は新型コロナウイルス感染症の影響を受けていると考えられるため、要介護（要支援）認定者数の割合（認定率）については、令和元年の実績を用いて推計することとします。

これをもとに、人口推計及び認定率の伸び率を勘案し算出した令和２年以降の要介護（要支援）認定者数は、増加傾向で推移し、計画最終年の令和５年では 988 人となっています。

○要介護（要支援）認定者の推移及び推計

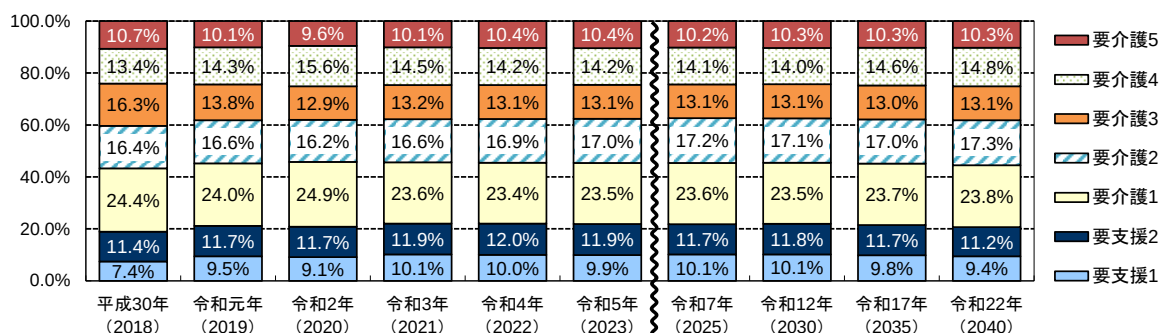


※令和元年 10 月時点の高齢者総数における要介護認定者数の割合を基準に、人口推計及び要介護認定率の伸び率により推計している。

※平成 30 年～令和元年は実績、令和 2 年以降は推計値

※端数処理の関係で認定者数の和が合計と一致しない場合がある。

○要介護（要支援）認定者の推移及び推計（構成比）



資料：見える化システム

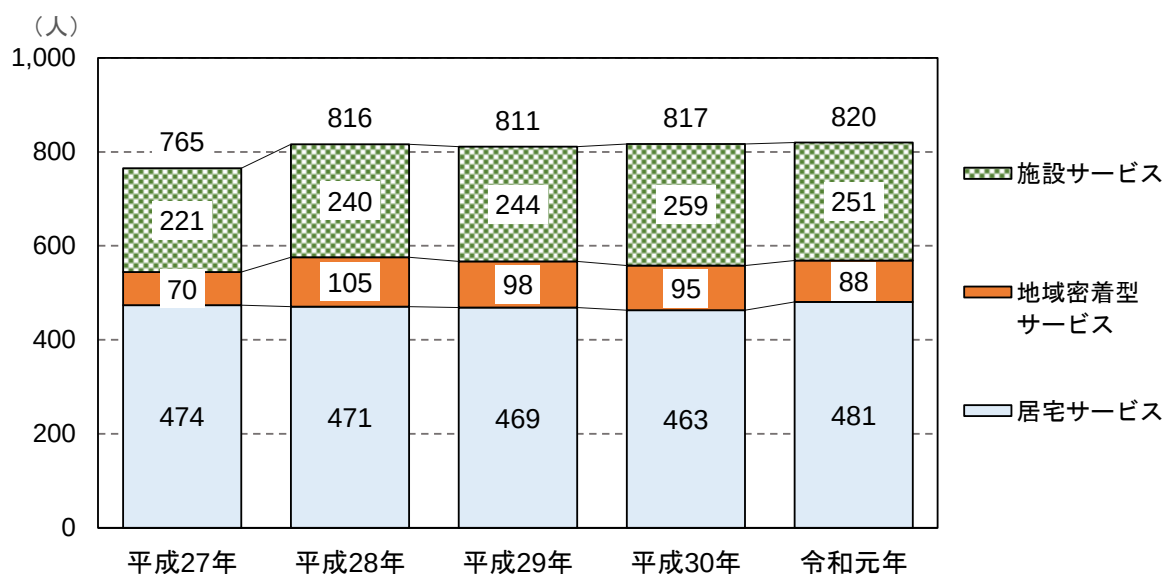
第3節 介護保険事業及び医療・保健の状況

1. 介護保険事業の状況

(1) 受給者数の推移

介護保険サービスの受給者数をみると、平成28年以降は横ばい傾向で推移し、令和元年では、820人となっています。

○受給者数の推移



資料：介護保険事業状況報告 年報

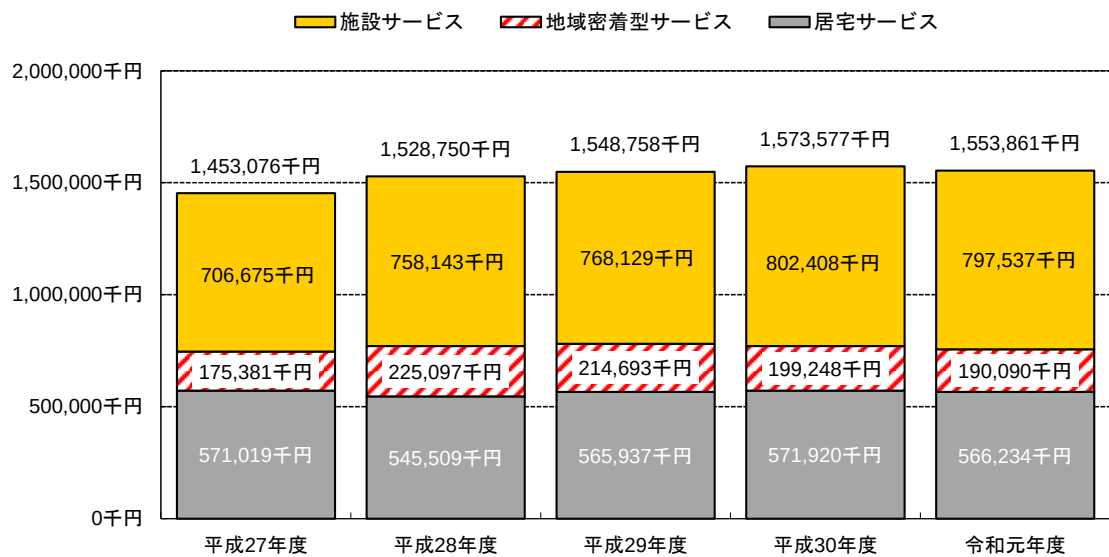
（２）給付費の推移

給付費は平成 30 年度までは増加傾向で推移していましたが、令和元年度は平成 30 年度より若干減少し、約 15 億 5 千万円となっています。

サービス体系別に給付費をみても同様に、施設サービス、地域密着型サービス、居宅サービス全て、平成 30 年度までは、増加傾向で推移していましたが、令和元年度では減少しています。

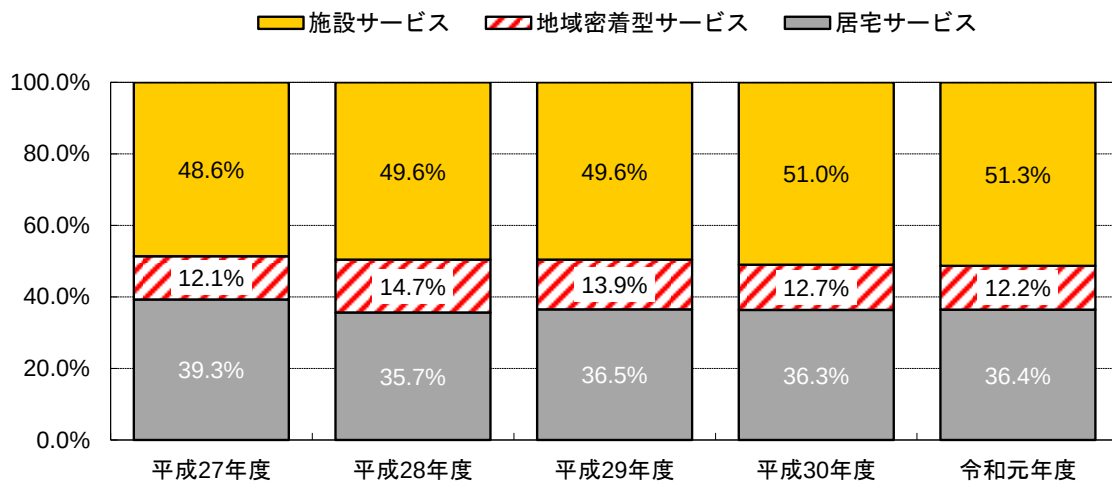
構成比でみると、施設サービスは 50％程度、地域密着型サービスは 10％程度、居宅サービスは 40％程度で推移しています。

○給付費の推移



資料：介護保険事業状況報告 年報

○給付費割合の推移

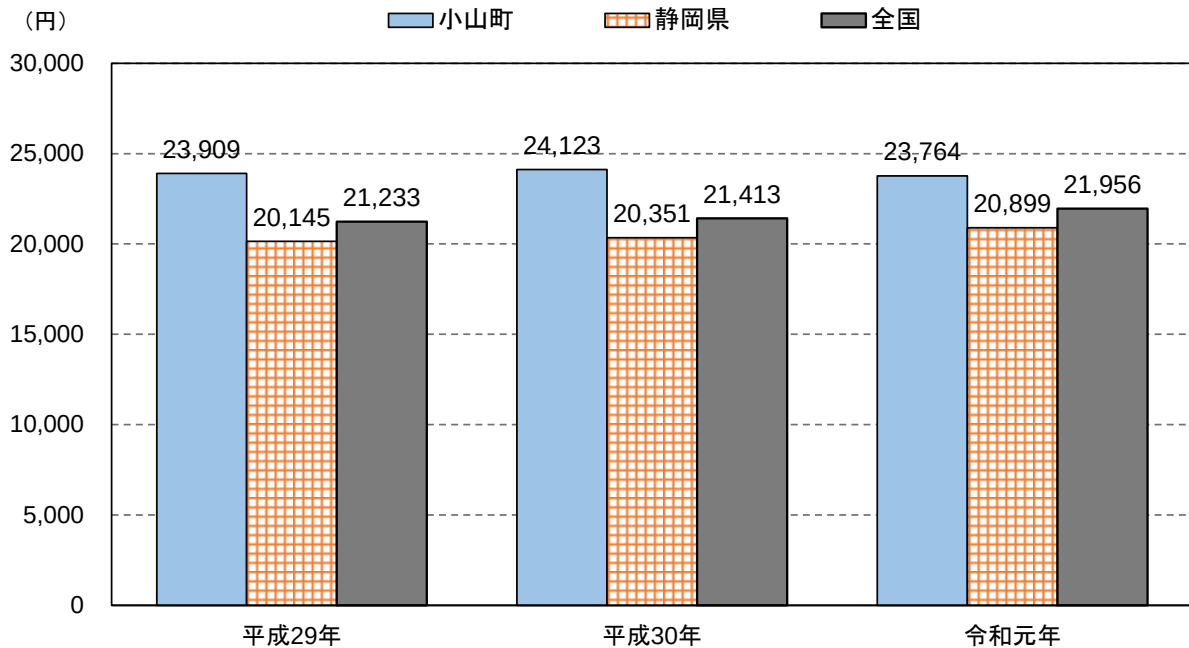


資料：介護保険事業状況報告 年報

(3) 一人あたりの給付月額

一人あたりの給付月額は、本町では居宅サービスよりも施設サービス（施設への入所）を利用する人の割合が高いため、全国平均及び静岡県平均と比べて高く、令和元年度では23,764円となっています。

○一人あたりの給付月額



資料：見える化システム

施設入所が多い要因には様々なことが考えられますが、本町の場合、

- ・町の人口に対して入所系施設が多く所在していること、
- ・在宅医療（在宅療養支援、訪問診療・訪問看護）が普及していないこと、
- ・訪問系サービス（訪問介護や訪問看護）の担い手が不足していること、

などの社会資源の状況と、施設入所を選択する人や家族が多いことが考えられます。

入所系施設の定員が多いことは、希望する人がすぐに（あるいは短い待機期間で）入所でき、同居する家族が介護を理由に仕事を辞めなくて済むなどのメリットがある一方、本人は自宅での生活を望んでいるにもかかわらず、周囲が安易に施設入所を勧めてしまうなど、供給が需要を生む弊害も指摘されています。

また、一人あたり給付費が高いことは、介護保険料にも影響しています。

本町の第7期介護保険料月額は6,200円となっており、御殿場市の5,300円、静岡県平均の5,406円、全国平均の5,869円と比べて高くなっています（第3編参照）。

今後、施設重視から在宅重視への流れをより一層加速させ、高齢となっても住み慣れた地域で自立した生活を営むことができるよう、様々な施策を展開していくことが必要です。

（４）新規要介護認定者の要介護度分布と年齢階級別分布

はじめて要介護認定を受けた人の要介護度（認定結果）と年齢の分布を、全国平均及び静岡県平均と比べてみると、本町の場合、要支援１及び要支援２の割合が低く、要介護１及び要介護５の割合が高くなっています。また、前期高齢者（６５歳～７４歳）の割合が低く、８５歳以上の割合が高くなっています。

○新規認定者の要介護度別分布

要介護度	全国	静岡県	小山町
要支援 1	26.7%	21.6%	14.4%
要支援 2	17.4%	15.5%	15.5%
要介護 1	24.5%	28.1%	36.2%
要介護 2	12.1%	13.4%	13.3%
要介護 3	7.2%	8.2%	5.0%
要介護 4	7.2%	8.2%	5.3%
要介護 5	5.0%	4.9%	10.3%
平均要介護度	1. 4	1. 5	1. 6

資料：介護保険総合データベース（平成 30 年度）

○新規認定者の年齢階級別分布

年齢階級	全国	静岡県	小山町
65-69 歳	7.9%	6.7%	4.6%
70-74 歳	11.8%	10.4%	7.5%
75-79 歳	20.1%	18.8%	17.3%
80-84 歳	27.2%	26.7%	26.0%
85-89 歳	22.2%	23.6%	26.0%
90 歳以上	10.9%	13.75	18.5%
平均年齢	80.9 歳	81.6 歳	83.0 歳

資料：介護保険総合データベース（平成 30 年度）

この結果を、後述する医療・保健データと合わせてみてみると、小山町では、

- ・加齢に伴い心身状態が悪化してきても、軽度のうちは要介護認定申請を行わず、自宅での生活が困難となってはじめて申請する人が多いこと、

- ・突然の脳血管疾患や心疾患により入院した後、重度の要介護状態（要介護 5）と認定されて退院（介護施設への入所）する人が多いこと、

が考えられます。

このため、

- ・若年層に対する生活習慣病予防、高齢者に対するフレイル予防・介護予防
- ・健康診査やフレイルチェックによる疾病の早期発見・早期治療

などにより町民の健康意識の向上を図り、

- ・医療、健診、介護、福祉のデータの一元的な把握・解析
- ・自主的な健康づくりやフレイル予防の促進
- ・適切な保健指導や介護サービスへつなげる連携体制の構築

などを推進することにより、生涯を通じた健康づくりと、保健・医療・介護サービスを一体的・包括的に提供できる体制整備が必要であると言えます。

従いまして、介護サービスの整備方針については、介護保険施設の定員数を増やすことよりも、フレイル予防・介護予防事業や、軽度者の自立支援に資する地域密着型サービスの普及・促進を目指すべきであると考えます。

（５）新規要支援認定者の１年後の状態変化

小山町

	改善	維持	悪化
要支援１	2.5%	30.9%	50.6%
要支援２	12.0%	33.7%	34.9%

＜全国＞ 新規要支援認定から１年後の状態

	改善	維持	悪化
要支援１	0.3%	62.2%	21.1%
要支援２	7.5%	60.3%	15.4%

平成28年度 介護給付費等実態調査の概況

はじめて要支援１又は要支援２と認定を受けた人の１年後の状態変化（１年後の認定結果）を全国平均と比べてみると、本町の場合、状態を維持又は改善できている人が少なく、悪化している人が多くなっています。

加齢や生活不活発が要因で要支援状態となった場合は、介護保険サービスの利用、食習慣・運動習慣の改善、社会参加（役割を持つ）などにより、心身状態を維持・改善できる可能性が高いと言われていますが、本町では、これが十分に組み込まれてこなかったことが考えられます。

そのため、要支援者に対しては、地域包括支援センターによる適切なケアマネジメント、介護事業者により提供される介護サービスの質の向上、短期集中型介護予防事業による早期対応、自立支援・介護予防に関する啓発などに取り組んでいく必要があります。

(6) 第 7 期介護保険サービスの計画値比較

① 予防給付

介護予防サービス（予防給付）の計画値と実績値をみると、平成 30 年度では計画値の 123.3%、令和元年度では計画値の 158.4%となっています。

○ 予防給付の計画値と実績値

			平成30年度			令和元年度		
			計画値	実績値	対計画比	計画値	実績値	対計画比
(1) 介護予防サービス								
介護予防訪問入浴介護	給付費(千円)		0	796	-	0	16	-
	回数(回)		0.0	8.1	-	0.0	0.2	-
	人数(人)		0	1	-	0	0	-
介護予防訪問看護	給付費(千円)		506	1,329	262.6%	674	2,457	364.6%
	回数(回)		10.5	18.9	180.2%	14.0	50.7	361.9%
	人数(人)		3	4	138.9%	4	8	191.7%
介護予防訪問リハビリテーション	給付費(千円)		0	0	-	0	0	-
	回数(回)		0.0	0.0	-	0.0	0.0	-
	人数(人)		0	0	-	0	0	-
介護予防居宅療養管理指導	給付費(千円)		0	345	-	0	679	-
	人数(人)		0	3	-	0	6	-
介護予防通所リハビリテーション	給付費(千円)		6,619	6,357	96.0%	6,622	9,538	144.0%
	人数(人)		16	16	100.0%	16	24	147.4%
介護予防短期入所生活介護	給付費(千円)		1,210	1,427	117.9%	1,210	1,945	160.7%
	日数(日)		17.0	25.2	148.2%	17.0	47.8	280.9%
	人数(人)		2	3	158.3%	2	3	158.3%
介護予防短期入所療養介護(老健)	給付費(千円)		0	210	-	0	120	-
	日数(日)		0.0	4.6	-	0.0	1.3	-
	人数(人)		0	0	-	0	1	-
介護予防短期入所療養介護(病院等)	給付費(千円)		0	0	-	0	0	-
	日数(日)		0.0	0.0	-	0.0	0.0	-
	人数(人)		0	0	-	0	0	-
介護予防短期入所療養介護(介護医療院)	給付費(千円)		0	0	-	0	0	-
	日数(日)		0.0	0.0	-	0.0	0.0	-
	人数(人)		0	0	-	0	0	-
介護予防福祉用具貸与	給付費(千円)		4,114	5,637	137.0%	4,200	7,486	178.2%
	人数(人)		54	66	122.2%	55	80	144.8%
特定介護予防福祉用具購入費	給付費(千円)		302	353	116.9%	302	611	202.2%
	人数(人)		1	1	100.0%	1	2	200.0%
介護予防住宅改修	給付費(千円)		2,502	1,571	62.8%	2,502	1,139	45.5%
	人数(人)		2	1	37.5%	2	1	37.5%
介護予防特定施設入居者生活介護	給付費(千円)		3,230	6,229	192.8%	4,180	9,557	228.6%
	人数(人)		4	7	175.0%	5	12	231.7%
(2) 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)		0	644	-	0	1,157	-
	回数(回)		0.0	7.3	-	0.0	13.5	-
	人数(人)		0	1	-	0	2	-
介護予防小規模多機能型居宅介護	給付費(千円)		929	561	60.4%	929	595	64.0%
	人数(人)		1	1	100.0%	1	1	100.0%
介護予防認知症対応型共同生活介護	給付費(千円)		0	0	-	0	0	-
	人数(人)		0	0	-	0	0	-
(3) 介護予防支援	給付費(千円)		4,561	4,112	90.1%	4,785	4,953	103.5%
	人数(人)		83	75	90.4%	87	90	103.1%
合計		給付費(千円)	23,973	29,570	123.3%	25,404	40,251	158.4%

②介護給付

介護サービス（介護給付）の計画値と実績値をみると、平成30年度では計画値の96.6%、令和元年度では計画値の91.0%となっています。

○介護給付の計画値と実績値

			平成30年度			令和元年度		
			計画値	実績値	対計画比	計画値	実績値	対計画比
(1) 居宅サービス								
訪問介護	給付費(千円)		73,396	55,342	75.4%	73,066	59,009	80.8%
	回数(回)		2,133.8	1,514.1	71.0%	2,124.0	1,617.7	76.2%
	人数(人)		116	98	84.4%	116	99	85.3%
訪問入浴介護	給付費(千円)		5,528	6,001	108.6%	6,222	5,205	83.7%
	回数(回)		39.0	42.0	107.7%	44.0	36.0	81.8%
	人数(人)		9	10	111.1%	10	8	80.0%
訪問看護	給付費(千円)		8,850	9,501	107.4%	9,785	12,070	123.4%
	回数(回)		138.0	134.8	97.6%	157.0	160.7	102.3%
	人数(人)		19	18	94.7%	20	22	111.7%
訪問リハビリテーション	給付費(千円)		701	332	47.4%	701	477	68.0%
	回数(回)		20.0	9.3	46.7%	20.0	13.3	66.7%
	人数(人)		3	1	38.9%	3	2	52.8%
居宅療養管理指導	給付費(千円)		3,478	3,521	101.2%	3,479	4,289	123.3%
	人数(人)		23	27	118.8%	23	33	143.8%
通所介護	給付費(千円)		165,679	158,368	95.6%	169,728	144,433	85.1%
	回数(回)		1,737.8	1,647.0	94.8%	1,782.4	1,502.0	84.3%
	人数(人)		168	158	94.3%	171	147	85.9%
通所リハビリテーション	給付費(千円)		52,719	60,541	114.8%	55,222	55,712	100.9%
	回数(回)		508.4	636.7	125.2%	532.7	591.4	111.0%
	人数(人)		52	67	129.0%	54	65	120.4%
短期入所生活介護	給付費(千円)		88,224	84,801	96.1%	88,395	88,005	99.6%
	日数(日)		975.0	950.3	97.5%	980.0	1,012.8	103.4%
	人数(人)		73	73	99.7%	74	72	97.2%
短期入所療養介護(老健)	給付費(千円)		4,592	5,352	116.6%	4,571	6,380	139.6%
	日数(日)		37.4	48.5	129.7%	37.2	53.6	144.0%
	人数(人)		3	8	255.6%	3	7	241.7%
短期入所療養介護(病院等)	給付費(千円)		3,547	4,164	117.4%	3,548	3,386	95.4%
	日数(日)		24.0	29.2	121.5%	24.0	22.4	93.4%
	人数(人)		4	4	106.3%	4	4	97.9%
短期入所療養介護(介護医療院)	給付費(千円)		0	0	-	0	739	-
	日数(日)		0.0	0.0	-	0.0	6.5	-
	人数(人)		0	0	-	0	1	-
福祉用具貸与	給付費(千円)		40,422	40,491	100.2%	42,087	41,729	99.1%
	人数(人)		244	226	92.7%	253	221	87.4%
特定福祉用具購入費	給付費(千円)		1,598	1,200	75.1%	1,598	1,360	85.1%
	人数(人)		5	3	66.7%	5	5	93.3%
住宅改修費	給付費(千円)		5,553	4,781	86.1%	5,553	3,662	65.9%
	人数(人)		5	4	85.0%	5	3	51.7%
特定施設入居者生活介護	給付費(千円)		49,254	51,643	104.9%	51,374	44,511	86.6%
	人数(人)		24	25	102.4%	25	21	85.3%

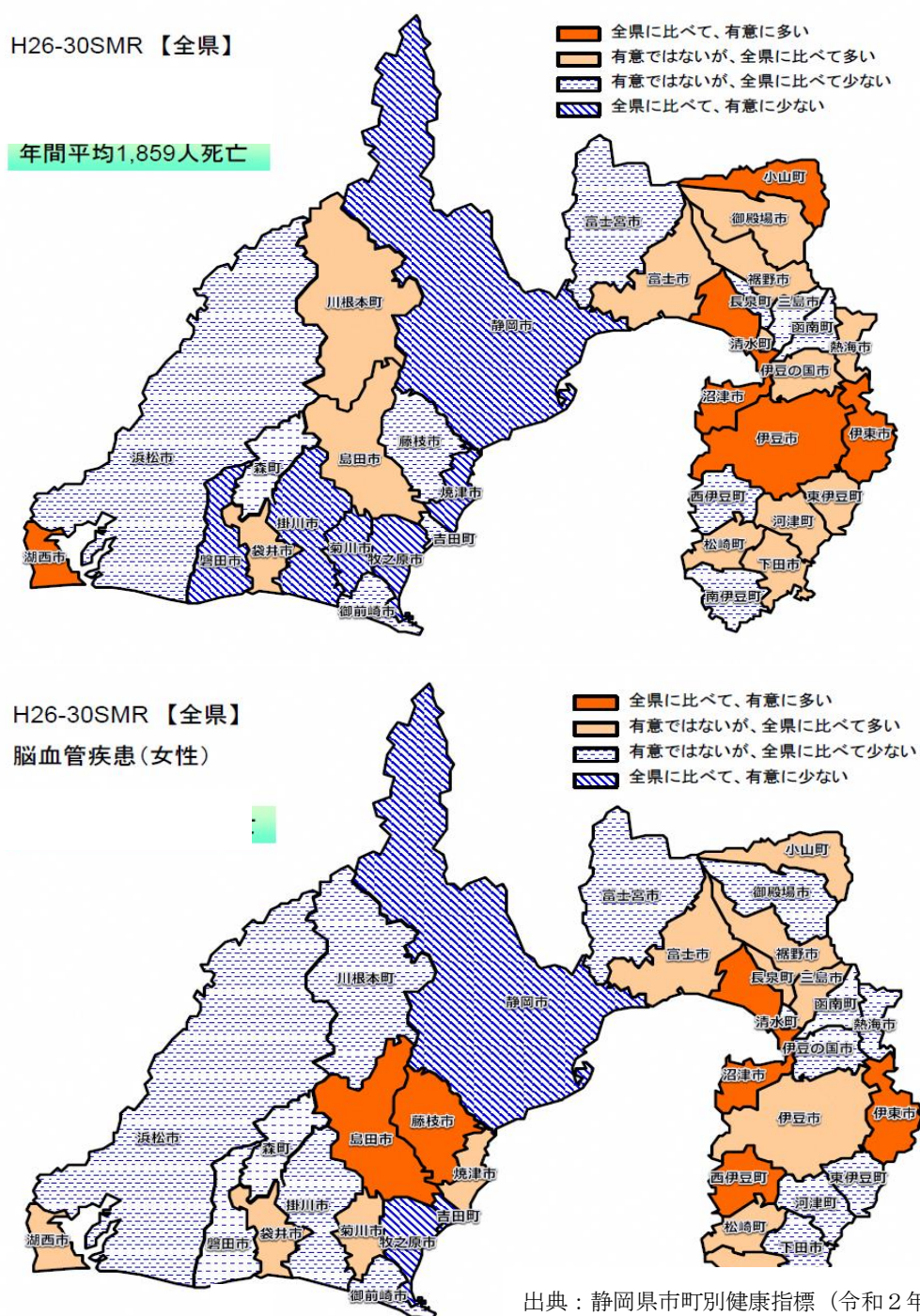
			平成30年度			令和元年度			
			計画値	実績値	対計画比	計画値	実績値	対計画比	
(2) 地域密着型サービス									
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	給付費(千円)	0	0	-	0	0	-	
		人数(人)	0	0	-	0	0	-	
	夜間対応型訪問介護	給付費(千円)	0	0	-	0	0	-	
		人数(人)	0	0	-	0	0	-	
	地域密着型通所介護	給付費(千円)	46,583	37,492	80.5%	48,182	24,484	50.8%	
		回数(回)	443.0	394.5	89.1%	451.0	274.0	60.8%	
		人数(人)	31	30	96.2%	31	21	67.7%	
	認知症対応型通所介護	給付費(千円)	18,290	19,958	109.1%	18,847	29,437	156.2%	
		回数(回)	140.0	181.1	129.3%	144.0	257.6	178.9%	
		人数(人)	11	14	128.8%	11	22	200.0%	
	小規模多機能型居宅介護	給付費(千円)	4,721	3,695	78.3%	4,723	3,255	68.9%	
		人数(人)	3	2	66.7%	3	2	66.7%	
	認知症対応型共同生活介護	給付費(千円)	82,337	52,828	64.2%	85,384	49,904	58.4%	
		人数(人)	27	17	64.2%	28	16	57.1%	
	地域密着型特定施設入居者生活介護	給付費(千円)	0	0	-	0	0	-	
		人数(人)	0	0	-	0	0	-	
	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)	81,848	84,069	102.7%	80,973	81,258	100.4%	
		人数(人)	29	28	98.0%	29	28	96.6%	
	看護小規模多機能型居宅介護	給付費(千円)	0	0	-	0	0	-	
		人数(人)	0	0	-	0	0	-	
(3) 施設サービス									
	介護老人福祉施設	給付費(千円)	296,473	305,339	103.0%	303,087	312,641	103.2%	
		人数(人)	112	110	98.1%	114	110	96.3%	
	介護老人保健施設	給付費(千円)	312,757	296,497	94.8%	319,259	301,898	94.6%	
		人数(人)	104	98	94.1%	106	98	92.0%	
	介護療養型医療施設	給付費(千円)	192,280	200,121	104.1%	199,590	170,245	85.3%	
		人数(人)	47	49	104.3%	49	41	83.7%	
	介護医療院	給付費(千円)	0	451	-	0	12,752	-	
		人数(人)	0	0	-	0	4	-	
(4) 居宅介護支援			給付費(千円)	60,341	57,517	95.3%	62,103	56,768	91.4%
			人数(人)	379	345	91.1%	391	342	87.4%
合計			給付費(千円)	1,599,171	1,544,005	96.6%	1,662,881	1,513,610	91.0%

2. 医療・保健の状況

本町の医療・保健の状況を統計的にみると、肥満、高血圧、脂質異常、糖尿病の人が県平均に比べて有意に多く、それら疾病に起因する脳血管疾患や心疾患により死亡又は重度の要介護状態となる人が多くなっています。

このことは、65歳時点における平均自立期間（年数）を表す「お達者度」にも影響していると思われます。

○平成29年度SMR（標準化死亡比） 脳血管疾患

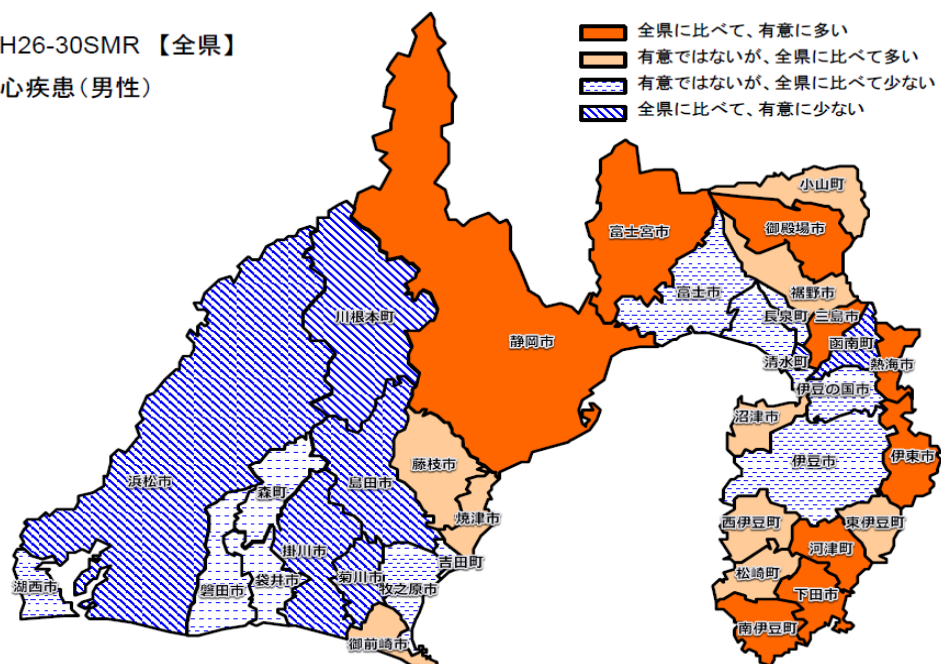


出典：静岡縣市町別健康指標（令和2年9月）

○平成 29 年度SMR（標準化死亡比） 心疾患

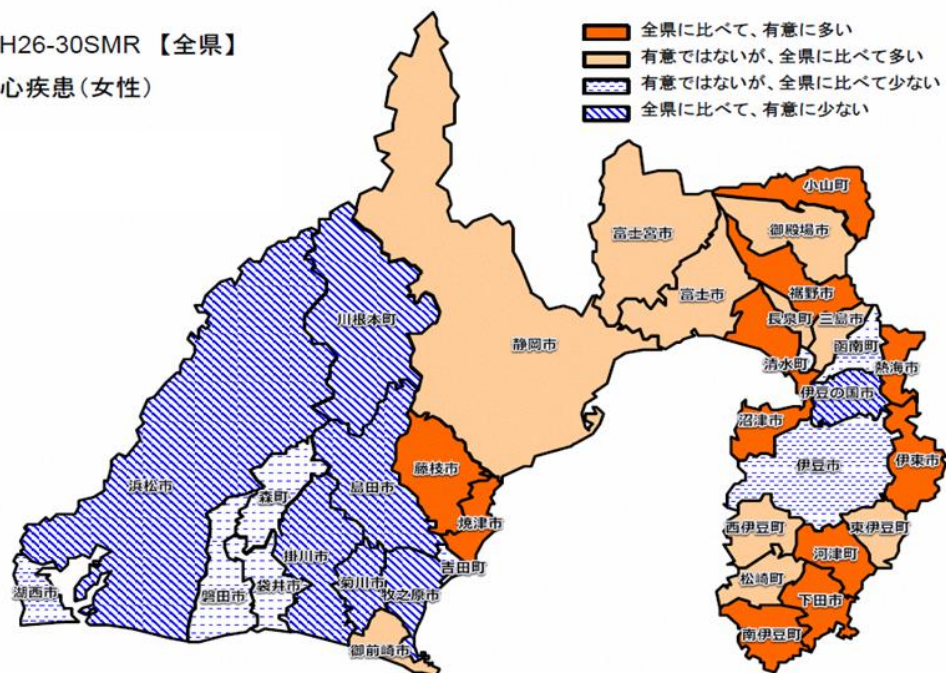
H26-30SMR【全県】

心疾患(男性)



H26-30SMR【全県】

心疾患(女性)

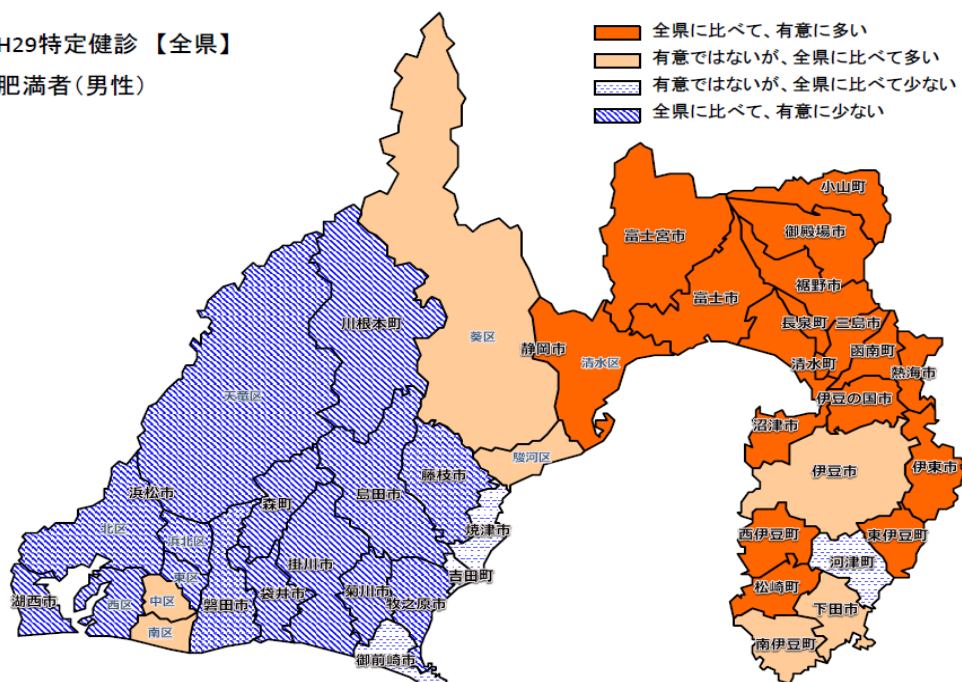


出典：静岡県市町別健康指標（令和2年9月）

○平成 29 年度特定健診 肥満者

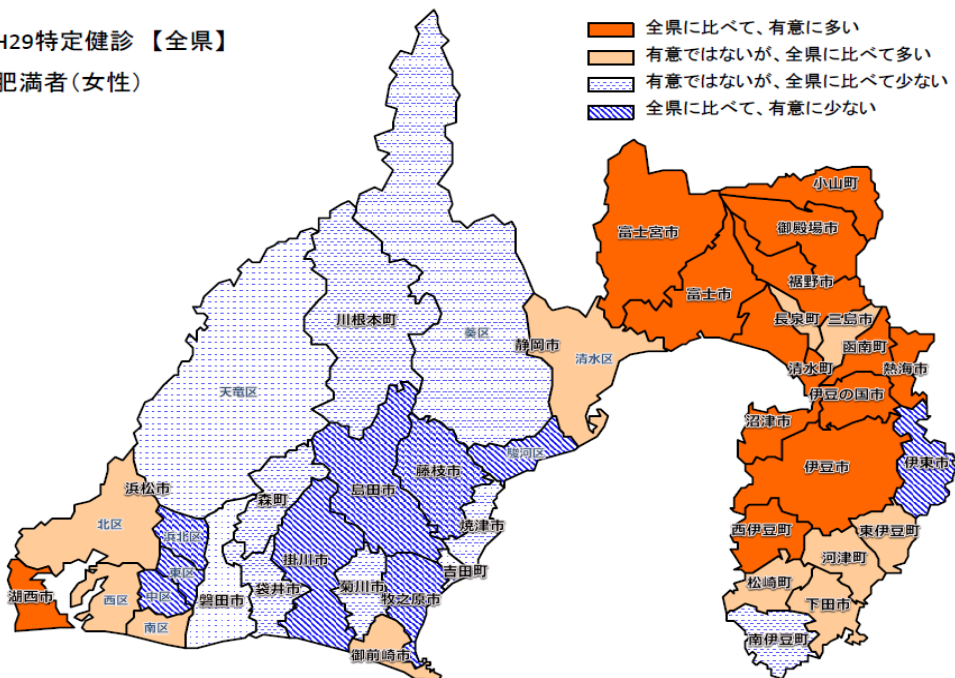
H29特定健診【全県】

肥満者(男性)



H29特定健診【全県】

肥満者(女性)

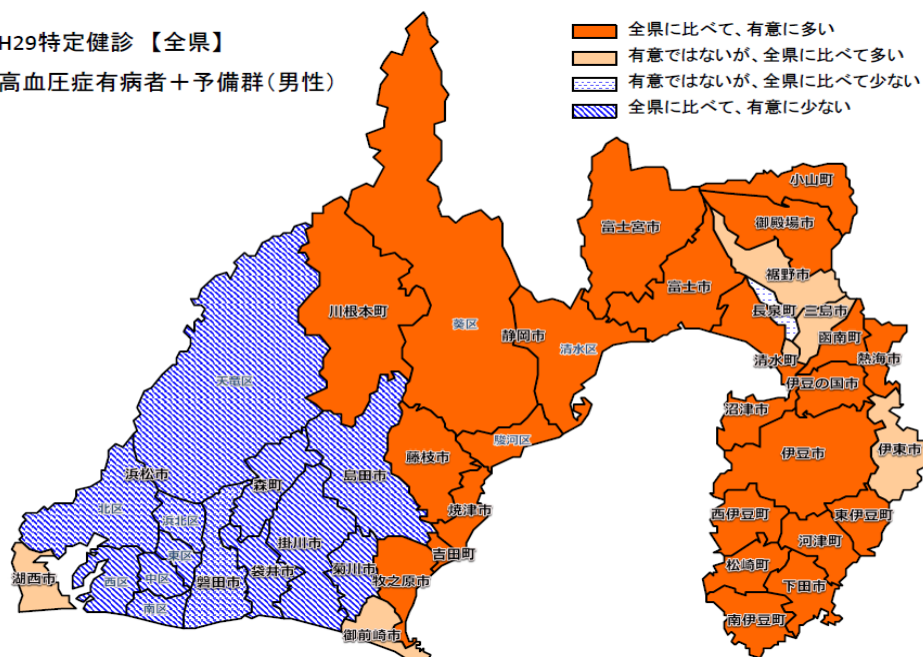


出典：静岡州市町別健康指標（令和2年9月）

○平成 29 年度特定健診 高血圧該当・予備軍

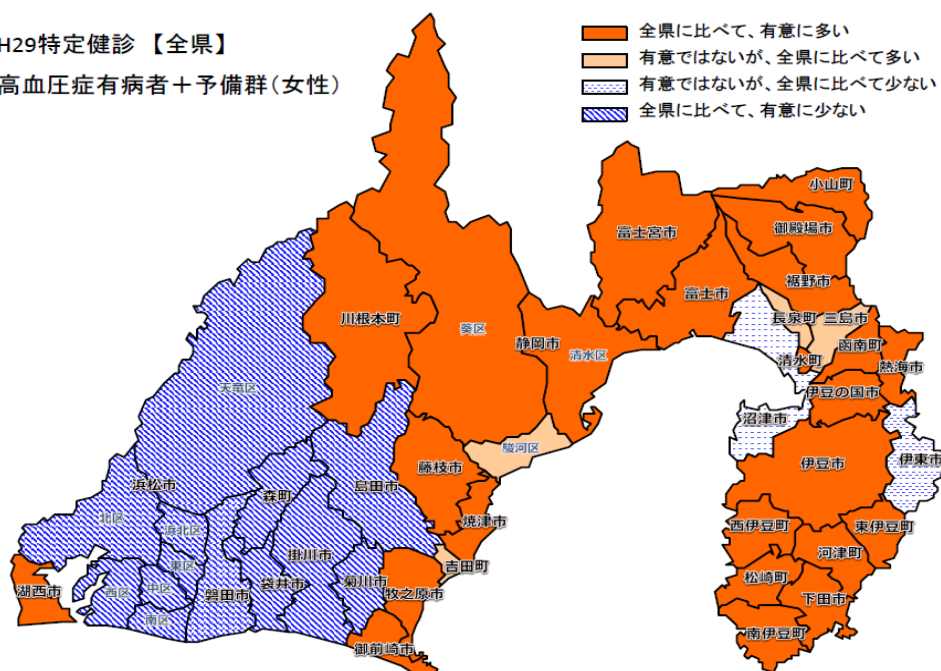
H29特定健診【全県】

高血圧症有病者＋予備群(男性)



H29特定健診【全県】

高血圧症有病者＋予備群(女性)

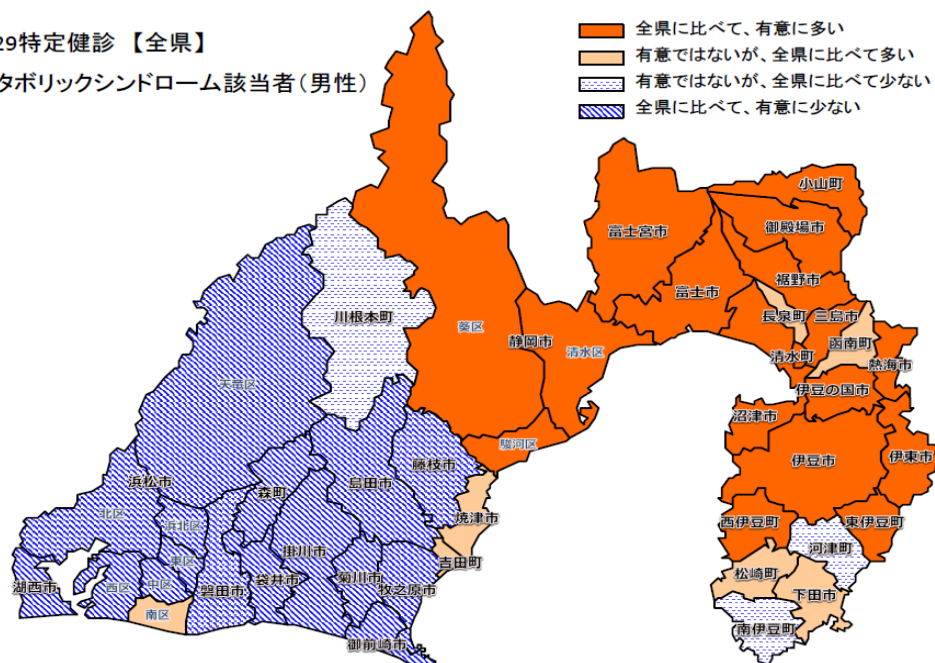


出典：静岡県市町別健康指標（令和2年9月）

○平成 29 年度特定健診 メタボリックシンドローム

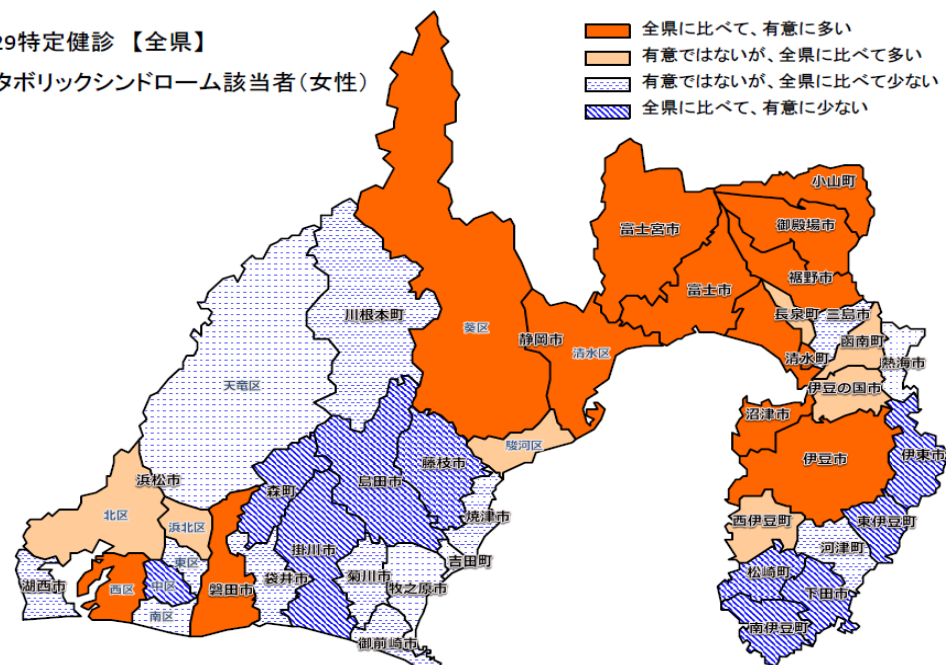
H29特定健診【全県】

メタボリックシンドローム該当者(男性)



H29特定健診【全県】

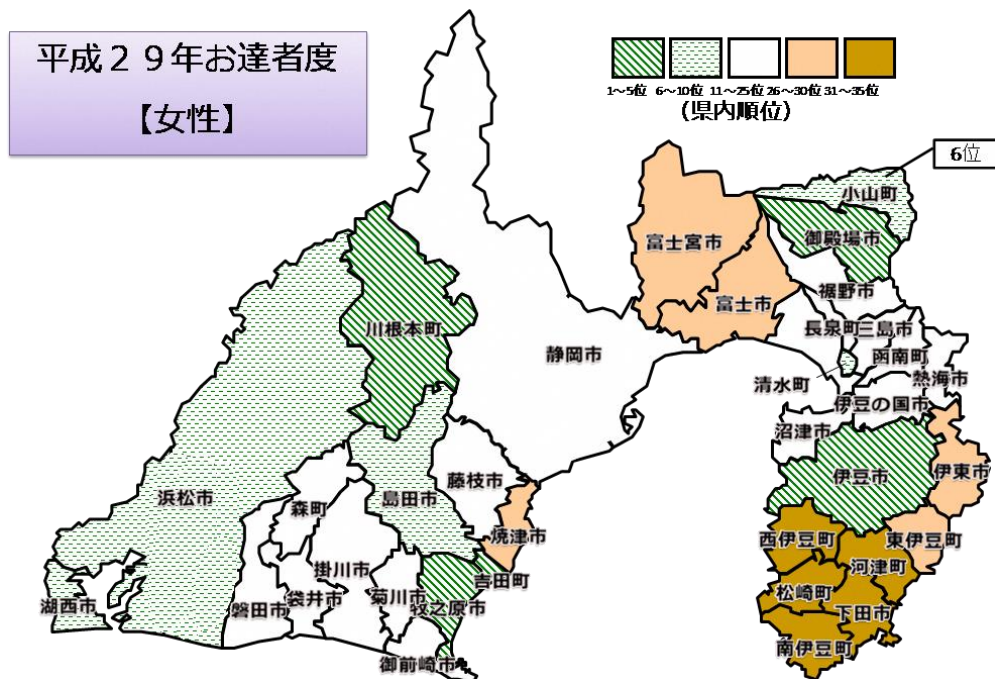
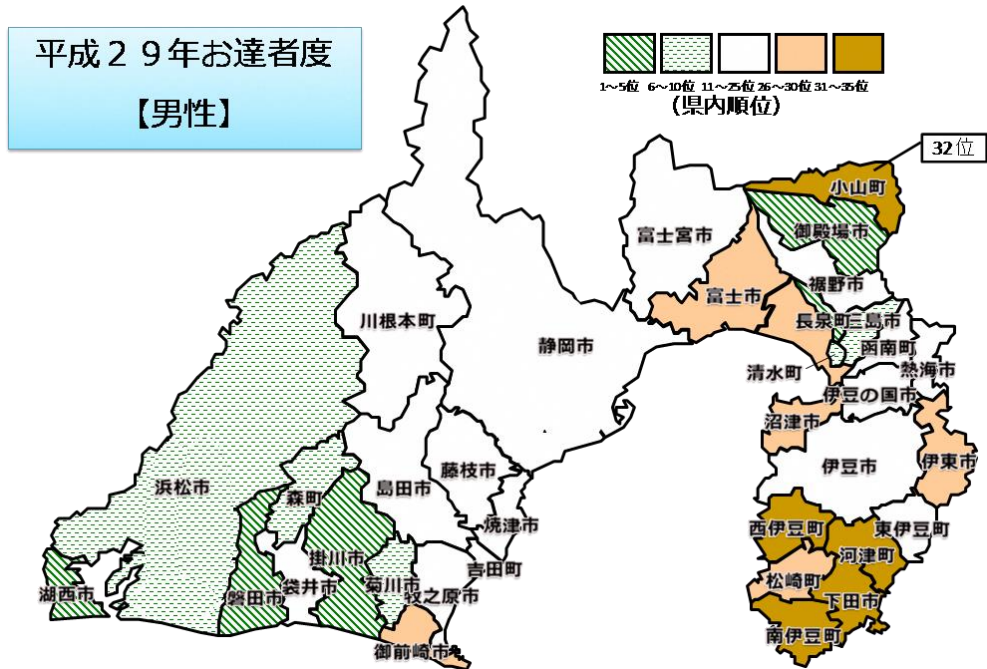
メタボリックシンドローム該当者(女性)



出典：静岡県市町別健康指標（令和2年9月）

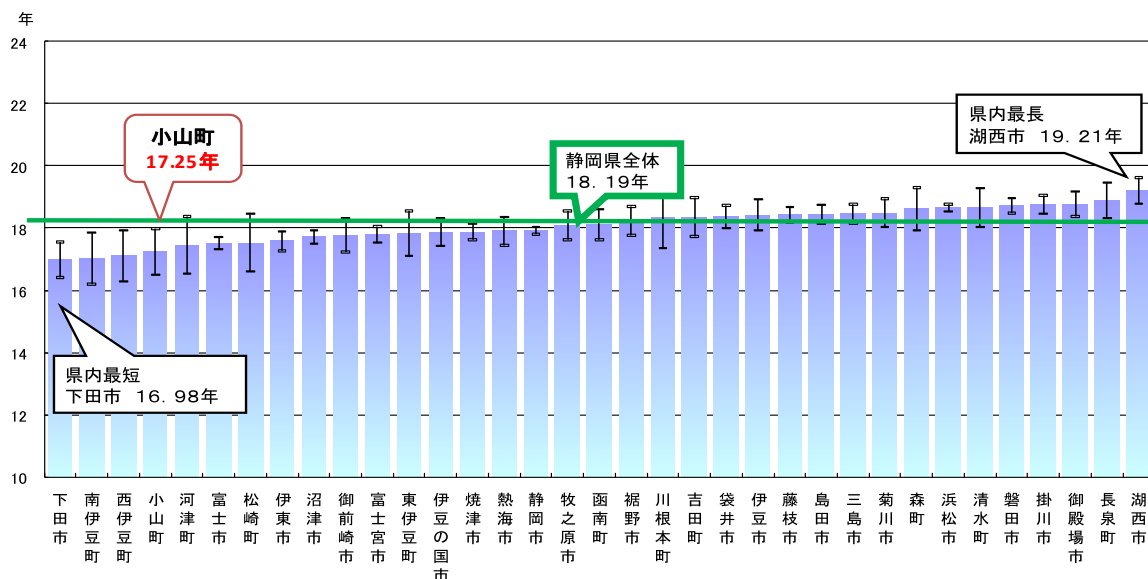
○平成 29 年「お達者度」

令和 2 年 9 月に発表された平成 29 年のお達者度をみると、小山町は、男性が 17.25 年で県内 32 位、女性が 21.75 年で県内 6 位でした。 ※県内全 35 市町

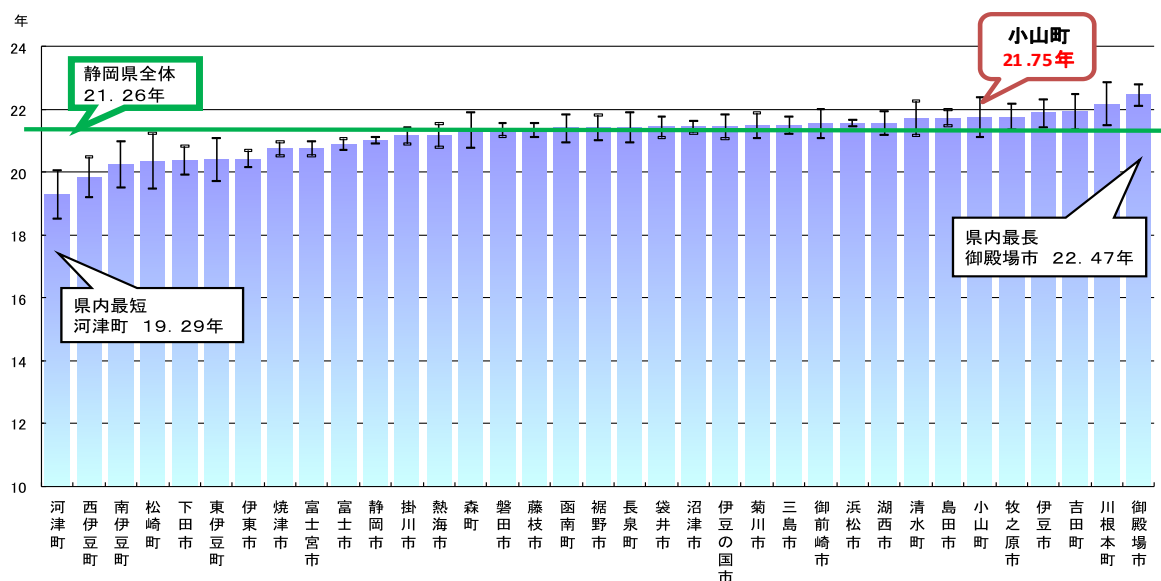


- ・「お達者度」は静岡県独自の健康指標で、65 歳における平均自立期間（年数）を表す。
- ・「死亡率」と「要介護割合」から算出される。
(死亡率が高いとお達者度が短い、要介護 2 以上の割合が高いとお達者度が短い)
- ・要介護 2 以上でない状態を「自立している（お達者である）」と定義し市町ごとに算出。

市町別 お達者度＜男性＞



市町別 お達者度＜女性＞



※ 棒グラフは「お達者度」を表し、上下の線分は「お達者度」の偶然的な振れ幅の目安を表す。振れ幅は、市町の65歳以上人口が少ないほど大きくなる。

「死亡率」と「要介護割合」には様々な要因が影響するため、市町ごとのお達者度の違いを説明することは困難ですが、上記のとおり、県東部は県西部と比べてお達者度が短い市町が多いこと、小山町と隣接する御殿場市のお達者度は男女とも長いこと、小山町の男性のお達者度が特に短いこと、などが分かっています。

お達者度の延伸のためには、若いうちから健康や疾病に対する意識を高め、毎年の健康診査の受診、適切な食習慣や運動習慣、生活習慣病予防、高齢者のフレイル対策、介護予防・自立支援に資する介護サービスの利用など、生涯を通じた対策が必要と言えます。

第4節 高齢者等実態調査の結果概要

本計画を策定するにあたり、以下のアンケート調査を実施しました。

1. ニーズ調査

[高齢者一般・総合事業対象者・在宅要支援認定者調査]

調査対象	調査期間	調査方法	調査人数	回収数	回収率
要介護認定を受けていない65歳以上の方	R02.1.20～2.10	郵送	1,100人	621	56.5%

2. 実態調査

[在宅要介護認定者調査]

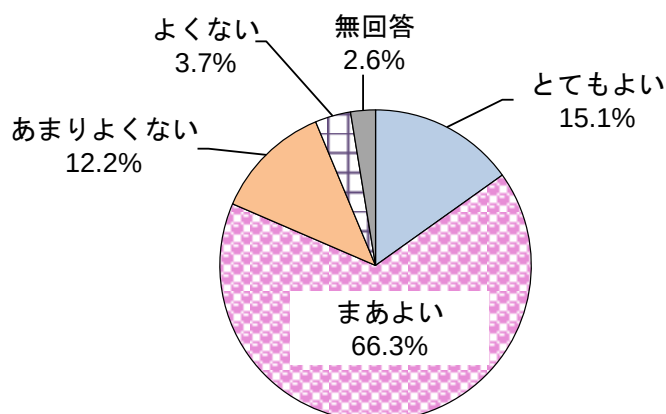
調査対象	調査期間	調査方法	調査人数	回収数	回収率
要介護認定を受け在宅で生活している方	R02.1.20～2.10	郵送	200人	78	39.0%

(1) ニーズ調査

①健康状態について

現在の健康状態は、「とてもよい」(15.1%)、「まあよい」(66.3%)を合わせると、81.4%が健康状態はよいと回答しています。また、「よくない」(3.7%)、「あまりよくない」(12.2%)を合わせると、15.9%が健康状態はよくないと回答しています。

●健康状態



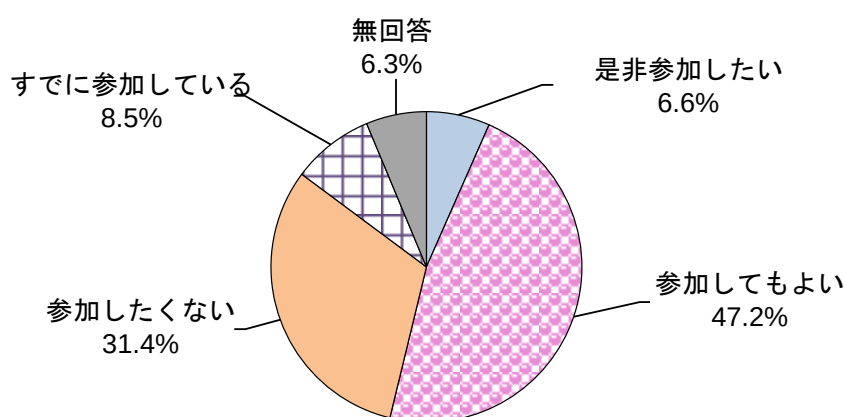
(回答者：621人)

②地域活動について

地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、その活動に参加者として参加してみたいかでは、「是非参加したい」(6.6%)、「参加してもよい」(47.2%)を合わせると、53.8%に参加意向があります。

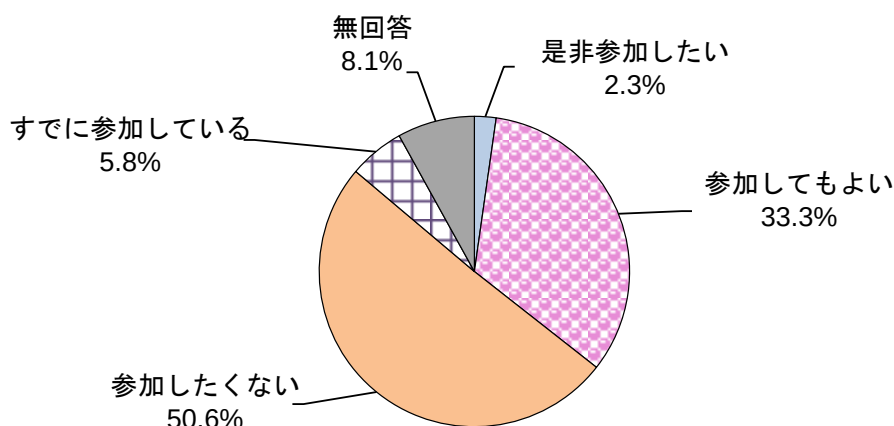
また、企画・運営としての参加意向は、「是非参加したい」(2.3%)、「参加してもよい」(33.3%)を合わせると、35.6%に参加意向があります。

●地域活動への参加意向



(回答者：621人)

●地域活動への企画・運営としての参加意向



(回答者：621人)

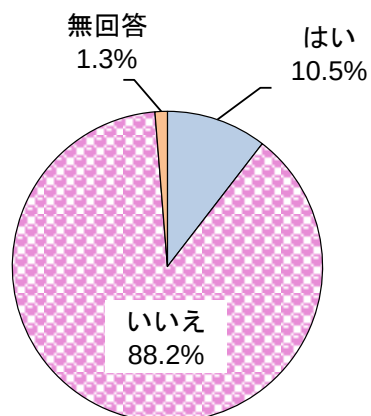
なお、これらの結果には、男女による差はほとんどありませんでした。

一方、地域の体操教室や町の介護予防事業をみると、参加者のほとんどが女性である、参加者が固定化している、担い手が広がらない、などの実態がありますので、今後、より詳細な調査・分析を行い、町民の参加意欲に応えるとともに、特に男性が地域で役割を持って暮らすための方策を検討する必要があります。

③認知症の症状の有無

認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいるかは、「はい」(10.5%)、「いいえ」(88.2%) となっています。

●認知症の症状の有無

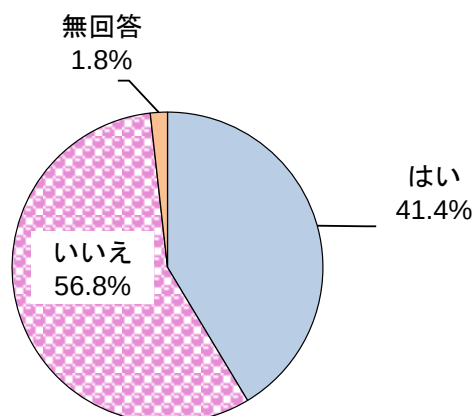


(回答者：621人)

④認知症の相談窓口について

認知症に関する相談窓口を知っているかは、「はい」(41.4%)、「いいえ」(56.8%) となっています。

●認知症の相談窓口について

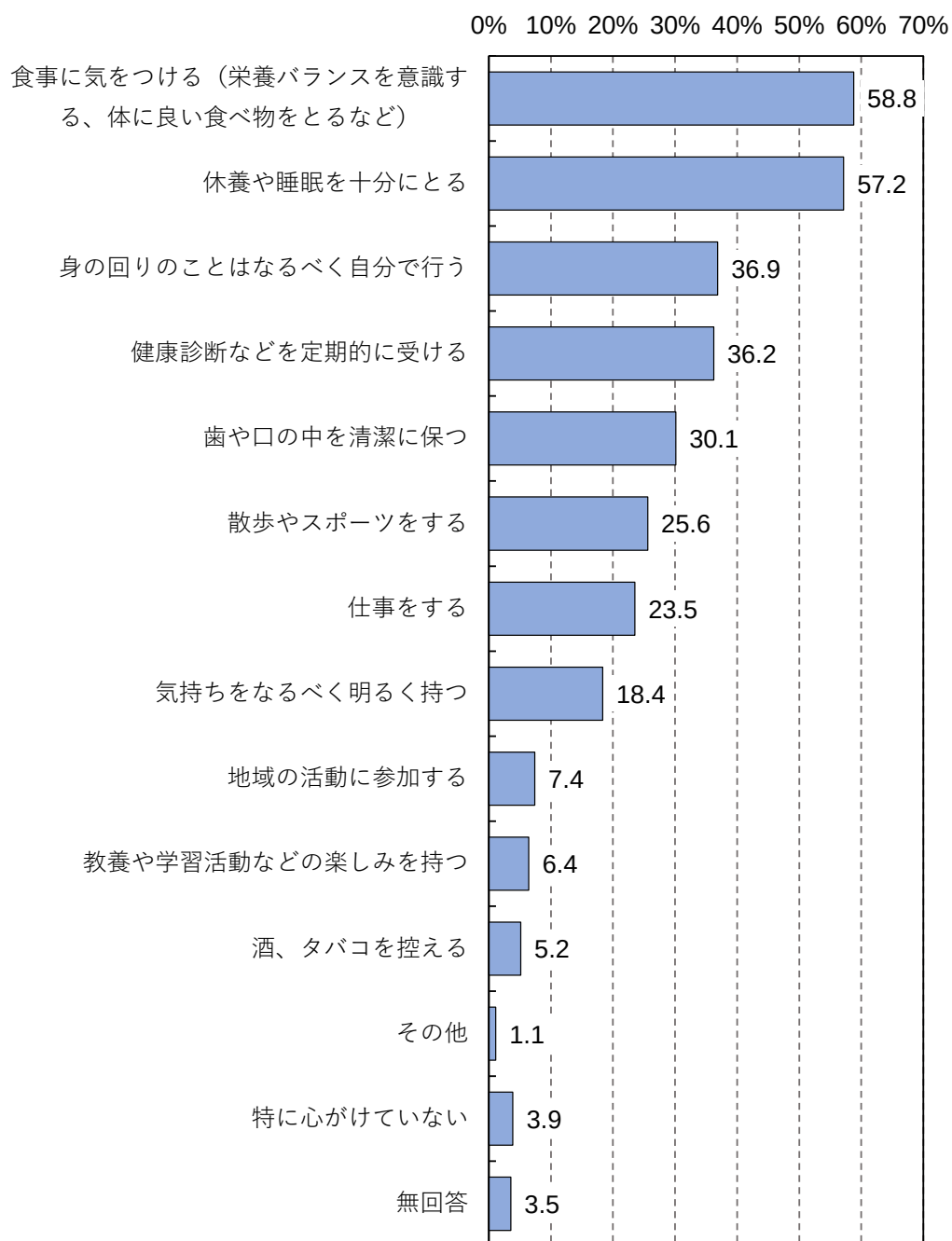


(回答者：621人)

⑤健康のための心がけていること

健康のためにどんなことを心がけているかは、「食事に気をつける（栄養バランスを意識する、体に良い食べ物をとるなど）」が58.8%と最も多く、次いで「休養や睡眠を十分にとる」（57.2%）とこの2つの回答が5割を超えています。

●健康のために心がけていること（複数回答（3つまで））

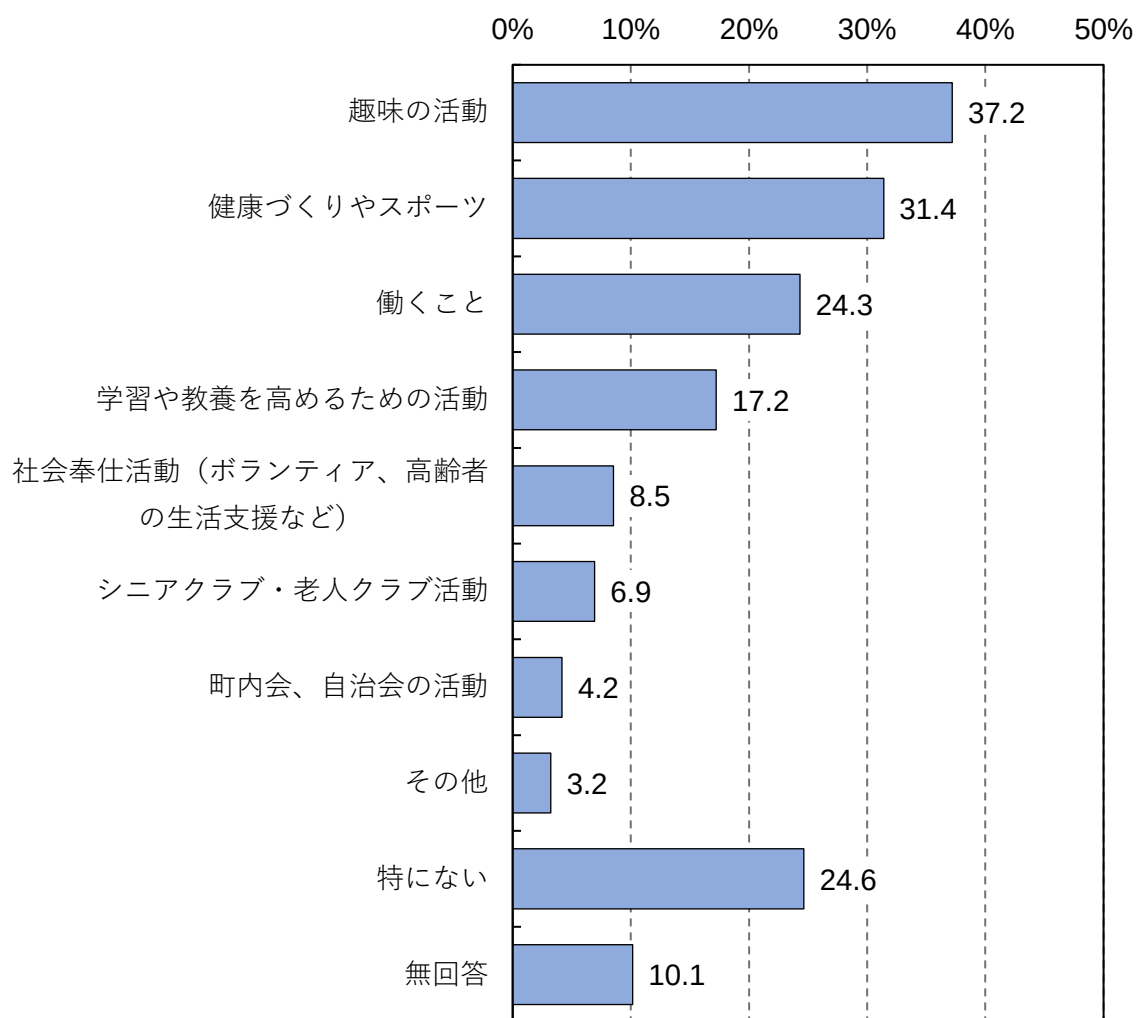


（回答者：621人）

⑥今後やってみたいと思うもの

今後やってみたいと思うものは、「趣味の活動」が37.2%と最も多く、次いで「健康づくりやスポーツ」(31.4%)、「働くこと」(24.3%)と続いています。

●今後やってみたいと思うもの（複数回答）



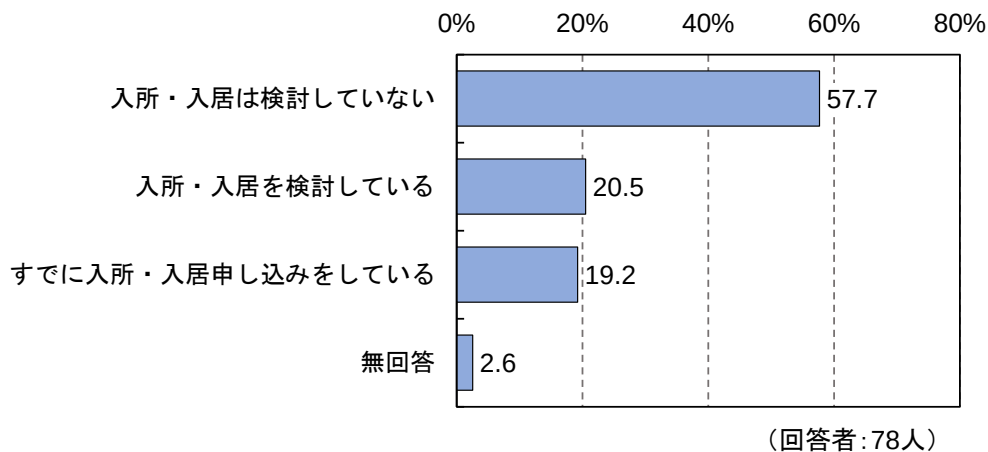
(回答者：621人)

(2) 在宅介護実態調査

①施設等への入所・入居の検討状況

施設等への入所・入居の検討状況は、「入所・入居は検討していない」(57.7%)、「入所・入居を検討している」(20.5%)、「すでに入所・入居申し込みをしている」(19.2%)となっています。

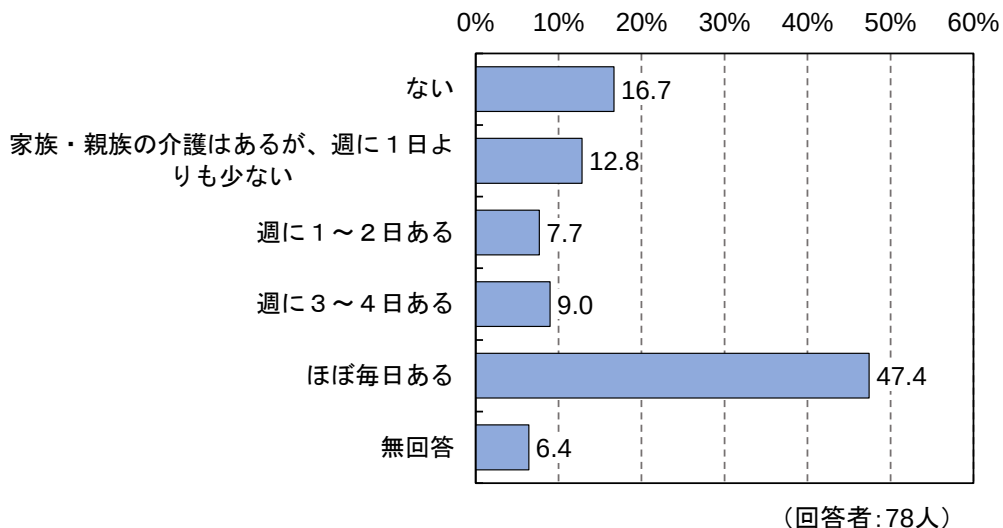
●施設等への入所・入居の検討状況



②ご家族やご親族の方からの介護有無

ご家族やご親族の方からの介護は、週にどのくらいあるかは、「ほぼ毎日ある」が47.4%となっています。その他、「家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない」(12.8%)、「週に1～2日ある」(7.7%)、「週に3～4日ある」(9.0%)となっており、7割以上が家族や親族からの介護を受けています。

●ご家族やご親族の方からの介護有無

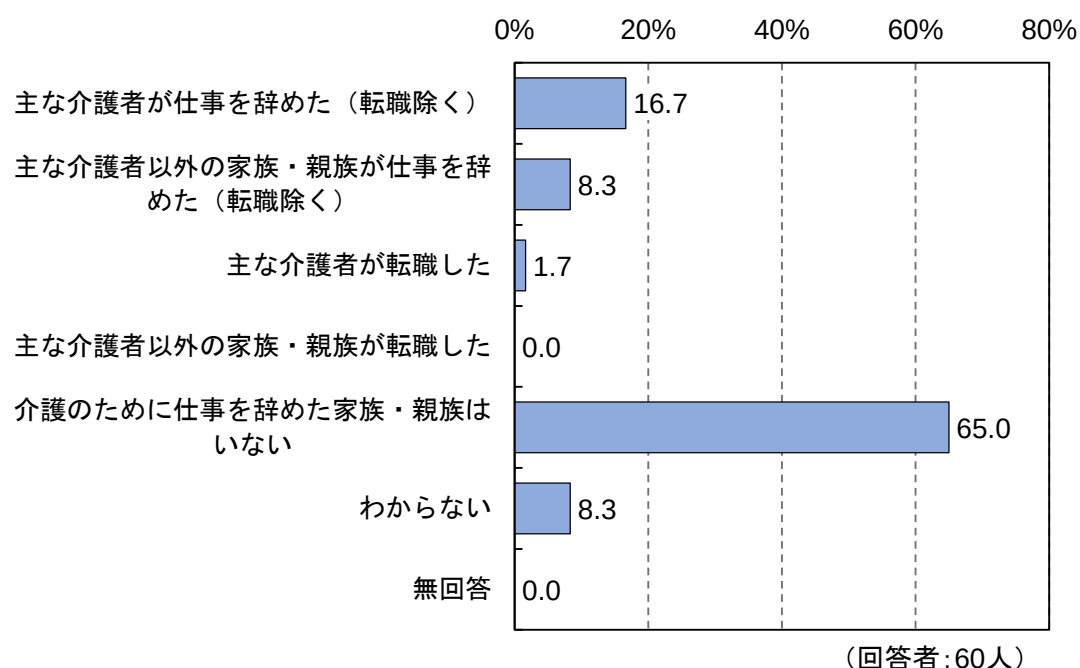


③介護を主な理由とする退職者の有無

家族や親族の中で、介護を主な理由として、過去1年の間に仕事を辞めた方がいるかは、65.0%が「介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない」と回答しています。

その他、「主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）」（16.7%）、「主な介護者以外の家族・親族が仕事を辞めた（転職除く）」（8.3%）、「主な介護者が転職した」（1.7%）となっており、介護を理由として離職や転職した家族や親族が26.7%います。

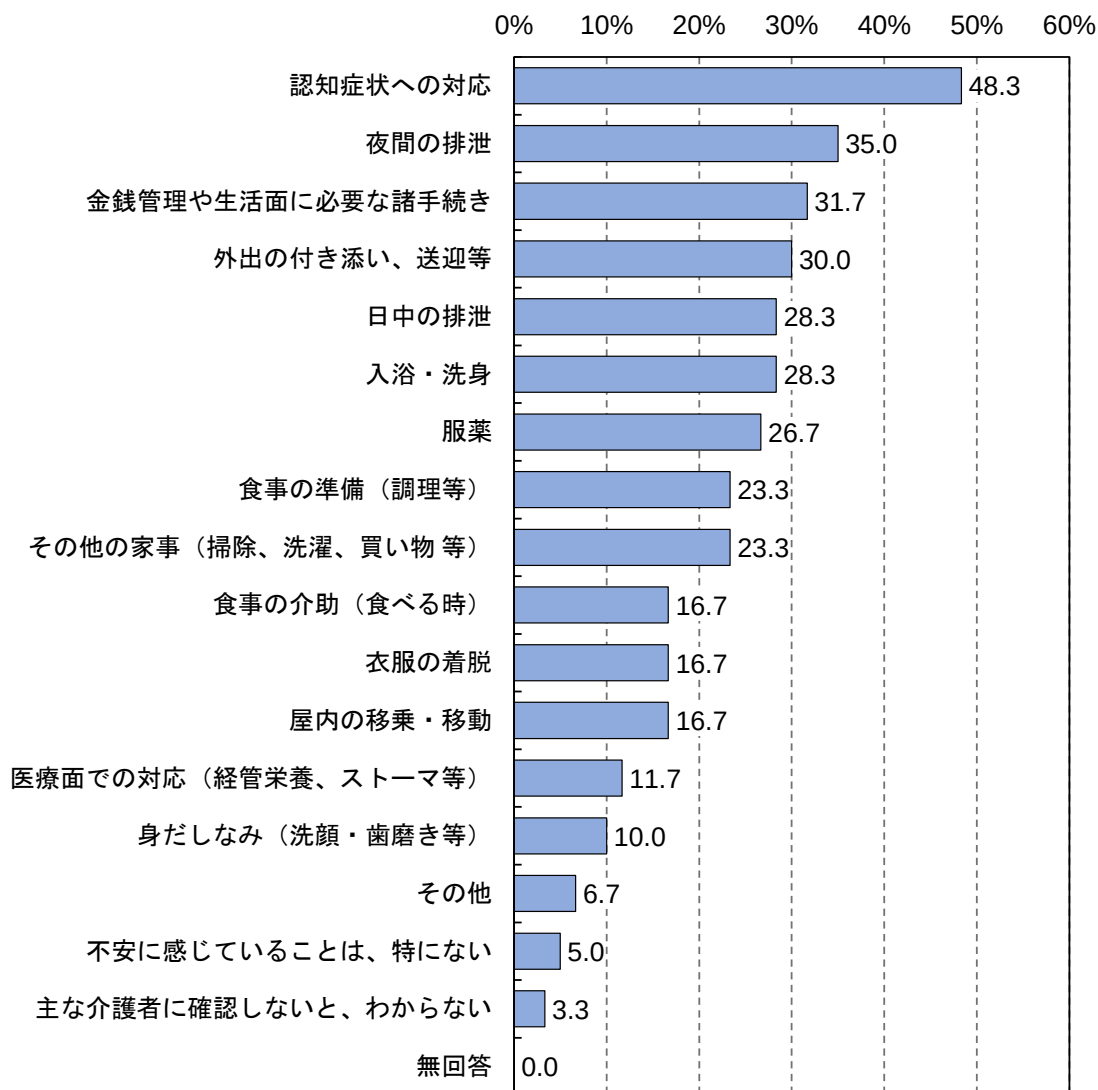
●介護を主な理由とする退職者の有無



④主な介護者の方が不安に感じる介護等

主な介護者の方が不安に感じる介護等の内容は、「認知症状への対応」が48.3%で最も多く、次いで「夜間の排泄」(35.0%)、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」(31.7%)となっています。

●主な介護者の方が不安に感じる介護等（複数回答（3つまで））

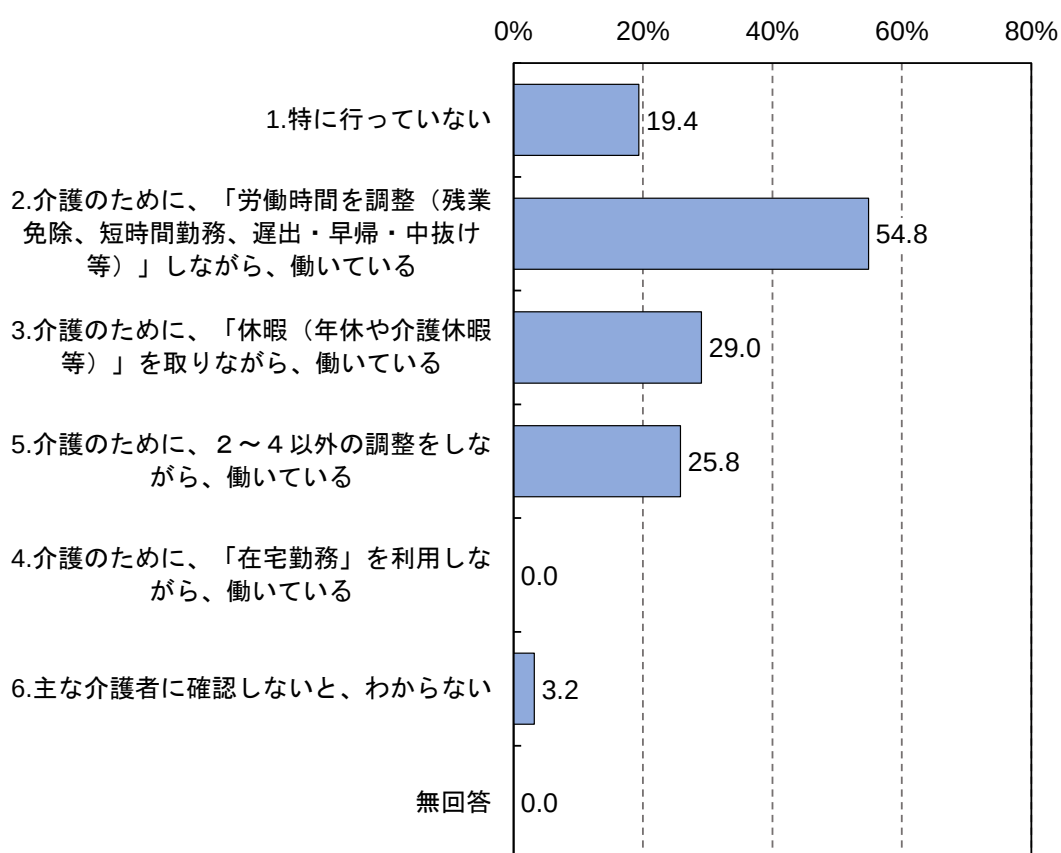


（回答者：60人）

⑤介護にあたっての働き方調整

介護をするにあたって、何か働き方についての調整等をしたか尋ねますと、「2. 介護のために、「労働時間を調整（残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等）」しながら、働いている」が 54.8%と最も多く、次いで「3. 介護のために、「休暇（年休や介護休暇等）」を取りながら、働いている」(29.0%)、「5. 介護のために、2～4以外の調整をしながら、働いている」(25.8%)となっています。
また、19.4%が「1. 特に行っていない」と回答しています。

●介護にあたっての働き方調整（複数回答）



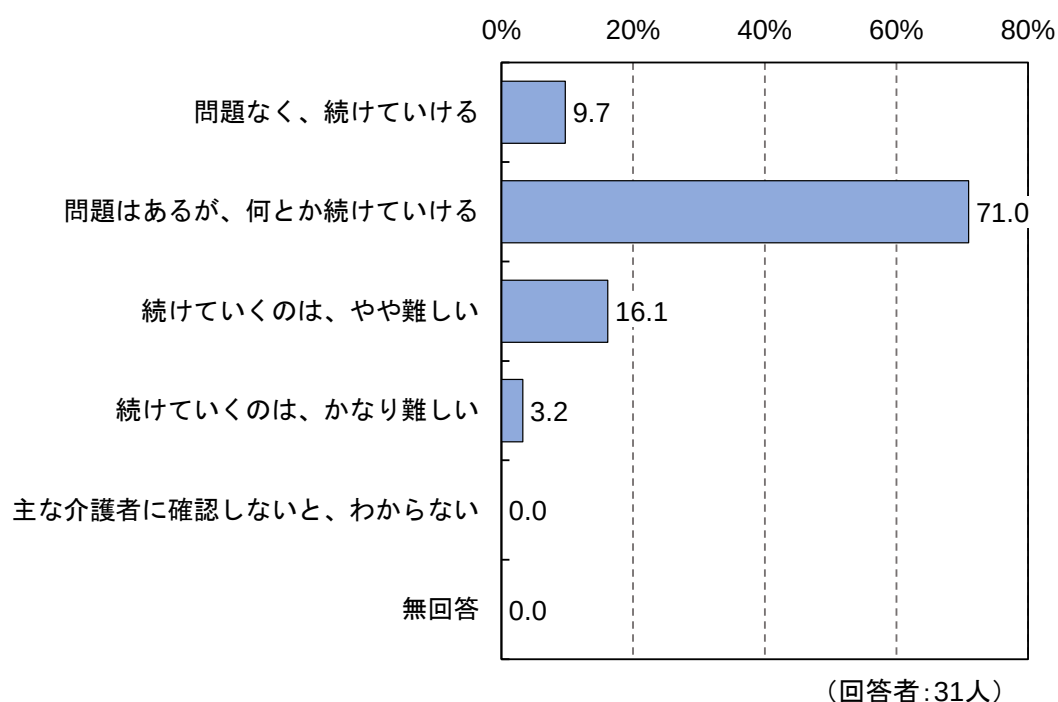
(回答者:31人)

⑥働きながらの介護を継続できるか

今後も働きながら介護を続けていけそうか尋ねますと、「問題なく、続けていける」(9.7%)、「問題はあるが、何とか続けていける」(71.0%)を合わせると80.7%が続けていけると回答しています。

また、「続けていくのは、やや難しい」(16.1%)、「続けていくのは、かなり難しい」(3.2%)を合わせると19.3%は続けていくのは難しいと回答しています。

●働きながら介護を継続できるか



上記④及び⑥の結果からは、自宅で介護を担っている人の多くが、何らかの不安や問題を抱えていることが分かります。

要介護者の心身状態やその家族の状況は一律ではないため、例えば安易に施設入所を勧めるのではなく、関係機関が連携し、要介護者及び家族の意向や環境に寄り添った相談・支援ができる体制を整え、自宅で安心して暮らし続けることができるよう、丁寧に対応していく必要があります。

複合化・複雑化した課題を抱える個人や世帯の場合、介護保険サービスの利用だけでは解決につながらないことから、地域包括支援センターをはじめとする各種の相談窓口機関が、高齢者、障がい者、生活困窮者などの属性を問わず困りごとを受け止め、適切な支援につなげることができる体制の構築が求められます。

第5節 2040年の小山町の将来像

本町における高齢化率は、令和2年10月現在で30.5%となっており、将来推計によると、令和7年（2025年）には32.8%となり、その後も上昇を続け、令和22年（2040年）には36.3%まで上昇し、町民の3人に1人以上が高齢者になると予測されています。

また、近年は8050問題や育児と介護のダブルケア、引きこもりなど、個人や世帯が抱える課題が複雑化・複合化しています。

さらに健康面においては、特に、肥満、高血圧、脂質異常、糖尿病の人が県平均に比べて有意に多く、それら疾病に起因する脳血管疾患や心疾患により死亡又は重度の要介護状態となる人が多いなどの健康課題があります。

このような状況を踏まえ、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び日常生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築を推進していきます。

この「地域包括ケアシステム」は、「地域共生社会（地域に生きる一人ひとりが尊重され、多様な経路で社会とつながり参画することで、その生きる力や可能性を最大限に発揮できる社会）」の実現に向けた中核的な基盤となり得るものですので、令和22年（2040年）を見据え、社会福祉基盤の整備と合わせ、一体的に取り組みます。

このため、社会福祉協議会や地域包括支援センターをはじめ関連する事業所等との連携を図ったうえで、高齢者に対しては、健診等のデータに基づいた保健事業と介護予防事業を一体的・包括的に推進して介護予防や重度化に取り組むとともに、フレイル予防など生涯を通じた日常的な健康づくりを促進します。併せて、医療や介護が必要な状態になった場合には、必要なサービスが提供できる体制を整えます。

以上のような取組により、町民に寄り添った相談や支援、多様なつながりを育む地域づくりを促進する体制が整えられ、誰もが安心して暮らせる「地域共生社会」が実現し、高齢者が地域で暮らし続けたいと思えるまちになることを目指します。

● 第3章 計画の基本的方向

第1節 基本理念

暮らし続けたいまち おやま

本町の基本計画である「第5次小山町総合計画」（令和3年度から令和12年度の10年間）に掲げられた将来像は、「育てたい、暮らしたい、帰りたいまち 小山町」です。

高齢者の介護・福祉を含む保健・福祉分野の取組は、このうち“暮らしたい”に関連するものと位置づけられ、「健康寿命の延伸と包括的支援の充実」、「地域共生社会の実現に向けた取組」の二つが基本施策とされています。

この総合計画に基づき、今後、より一層、町民の生活に重心を置き、町民のニーズに沿ったきめ細かな行政サービスを提供するとともに、心通う地域社会の再構築に努めることにより、町民の「ここで暮らしたい、暮らし続けたい」を実現することとしています。

「健康寿命の延伸と包括的支援の充実」に向けては、

本町の医療・介護の状況を統計的にみると、高血圧症、脂質異常症、糖尿病の人が県平均に比べて有意に多く、それら疾病に起因する脳血管疾患や心疾患により死亡する人や、重度の要介護状態となり病院や介護施設に入院・入所する人が多くなっています。

高齢となっても住み慣れた地域で自立した生活を営むためには、健康なうちからフレイル予防に取り組むことや、医療・介護が必要な状態になった際には必要なサービスが受けられることが重要です。

「地域共生社会の実現に向けた取組」に向けては、

近年、認知症高齢者の増加、いわゆる8050問題、親の介護と育児を同時に行っているダブルケア、高齢者の引きこもりなど、介護保険サービスや金銭給付だけでは解決できない深刻な課題が顕在化してきています。

これらの課題を地域全体の問題と捉えて関係機関が連携し、高齢者、障がい者、生活困窮者等の属性を問わず、その人に寄り添った相談・支援や多様なつながりを育てる地域づくりを促進する体制を整え、誰も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ができる、「地域共生社会」の実現が求められています。

本計画は、この総合計画の基本施策のうち、高齢者の介護・福祉に関する具体的施策・事業を定めるものであることから、基本理念を「暮らし続けたいまち おやま」としました。

高齢となっても認知症となっても暮らし続けたいと思える町は、誰にとっても暮らしやすい町になるとの願いが込められています。

第2節 基本目標

この町で暮らし続けたいと思えるためには、まず何より、一人ひとりが健康でいきいきと暮らせること、次に、地域に様々なつながりや支援の仕組みがあること、そして制度的な基盤が安定していることが必要です。

そこで、基本理念を具体化する施策・事業を計画するにあたり、本計画が目指すべき基本目標を次の3つとしました。

●基本目標 1●

健康でいきいきと暮らせる長寿のまちづくり

●基本目標 2●

住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくり

●基本目標 3●

生活基盤を維持できるまちづくり

この3つの基本目標に沿って、本計画の対象期間である令和3年度から令和5年度までに取り組む11の基本施策を設定し、それぞれ必要な施策・事業を実施していきます。

第3節 施策体系図

基本理念、基本目標に基づく、本計画の施策体系は次のとおりです。

基本理念	基本目標	基本施策
暮らし続けたいまち おやま	1 健康でいきいきと暮らせる 長寿のまちづくり	(1) 高齢者の社会参加の促進
		(2) 保健事業と介護予防の一体的実施
		(3) 自立支援・重度化防止に資する介護・福祉サービスの提供
		(4) 高齢者の生きがいづくり・活躍の機会の拡充
	2 住み慣れた地域で安心して 暮らせるまちづくり	(1) 地域共生社会の実現に向けたケア体制の充実
		(2) 在宅医療・介護連携の推進
		(3) 認知症高齢者等への支援の充実
		(4) 権利擁護の取組の推進
	3 生活基盤を維持できるまちづくり	(1) 介護・福祉サービスの確保
		(2) 持続可能な介護保険制度の運営
		(3) 感染症対策・災害対策

施策の柱	
① 高齢者の居場所の拡充	
② フレイル予防の普及啓発	
③ 地域活動の活性化	
① 高齢者の健康課題・生活課題の把握	
② 個別的支援（ハイレスクアプローチ）の実施	
③ 高齢者の居場所等での支援（ポピュレーションアプローチ）の実施	
④ 認知症予防・重度化防止の推進	
⑤ 短期集中型サービス（フレイルへの早期対処を目的とした短期間で集中的に行う機能回復訓練等）の実施	
⑥ 介護予防・生活支援サービスの実施	
① 適切なケアマネジメントの推進	
② 介護予防ケアマネジメントの質の向上	
③ 在宅高齢者への福祉サービスの充実	
① 地域活動の担い手の拡充と支援	
② 多様な就労機会の提供支援	
① 地域包括支援センターの機能強化	
② 属性を問わない相談支援の充実	
③ 地域ケア会議の充実	
④ 生活支援体制の整備促進	
⑤ 地域の見守り体制の強化	
⑥ 地域交流の促進	
① 在宅医療と介護の連携強化	
② 在宅医療・介護連携に関する相談支援	
① 認知症の理解のための普及啓発	
② 認知症の人やその家族への支援	
① 成年後見制度の利用促進	
② 高齢者虐待の防止と高齢者保護	
① 介護サービス基盤の充実	
② 心身や生活状況に応じた支援の充実	
① 介護人材の確保・育成とサービスの質の向上	
② 保険給付の適正化・効率化の推進（第5期小山町介護給付適正化計画）	
① 感染症対策	
② 災害対策	

第 2 編

施策と見込み量

第1章 基本目標 1

健康でいきいきと暮らせる長寿のまちづくり

基本施策 1 高齢者の社会参加の促進

《施策の方向性》

高齢者がいつまでも健康でいきいきと暮らすためには、日常生活の中に運動・栄養・社会参加をバランスよく取り入れることが効果的です。自分自身の健康課題やフレイル状態に気づくための広報を行うほか、誰でも参加できる住民主体の運動教室や居場所、シニアクラブなどが行う各種活動への支援などを充実・強化します。

○基本施策 1 における成果指標と目標値

成果指標	現状値 (年度)	令和 5 年度 目標値	指標の説明
居場所の箇所数（※）	63 箇所	— (80 箇所)	「ふれあい茶論」や「自主運動教室」など住民主体の居場所の数
介護予防教室等の参加者数（延べ）	5,597 人	5,700 人	【施策の柱 1-2】 主な取組②の介護予防教室等

※本指標は、「第 5 次小山町総合計画」の前期基本計画（令和 3～7 年度）に設定された指標であり、「令和 5 年度目標値」欄下段の（ ）書きがその目標値（令和 7 年度目標）です。
本計画最終年の令和 5 年度においては、令和 7 年度に向けた取組状況・進捗状況を確認することとします。

【施策の柱 1-1】 高齢者の居場所の拡充

高齢者が気軽に集まり、交流や運動ができる場である「居場所」が、歩いて通える身近な公民館などで開かれることを促進します。

また、高齢者自らが「居場所」の運営者側として参加することを促し、高齢者の社会参加や生きがいづくりを推進します。

■ 主な取組

① 住民主体の運動教室への講師派遣

健康で生きがいのある生活ができるよう、住民主体の運動教室を対象に、介護予防のための様々な分野の講師を派遣します。

②住民主体の居場所への運営支援

住民主体の居場所の活動へ運営費の一部を補助するほか、運営者やボランティアへの活動支援として定期的な研修や連絡会等を行います。

【施策の柱 1-2】フレイル予防の普及啓発

加齢とともに心身の機能が低下し、健康と要介護状態の中間的な状態となる「フレイル」を予防することは、疾病予防や介護予防の効果があり、ひいては健康寿命の延伸につながります。

全ての高齢者を対象に、フレイル予防に関する知識の普及啓発を図るとともに、フレイル予防に取り組むための情報や機会を提供します。

■主な取組

①パンフレット等の作成及び配布、ホームページ等での情報発信

フレイル予防の普及啓発を目的とした住民向けのパンフレット等を作成し配布するとともに、町のホームページやソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）を活用した情報発信を行います。

②介護予防教室の開催

高齢者が自主的にフレイル予防・介護予防に取り組む機運を醸成することが重要であるため、フレイル予防に関する知識の普及啓発を図るとともに、転倒予防、認知症予防、栄養改善、口腔機能向上等の介護予防に効果的な各種教室を開催します。

ア) 運動機能の低下防止を主とする事業

- きんたろう体操会「まさかり組」（立位運動中心）
- きんたろう体操会「くまさん組」（座位運動中心）
- 短期集中型筋力アッププログラム（仮称）
- 短期集中型歩行改善プログラム（仮称）

イ) 認知機能の低下防止を主とする事業

- 元気塾
- 須走いきいき教室
- おでかけクラブ
- ふれあい茶論

③リハビリ専門職を居場所へ派遣して行う介護予防に関する技術的助言

地域におけるフレイル予防の取組を強化するため、本町の中核的医療機関である富士小山病院の協力を得て、公民館など住民に身近な居場所等へリハビリテーション専門職等が出向いて、効果的な運動指導や、歩行分析等を行います。

④新しい生活様式に対応した健康づくりの支援

新型コロナウイルス感染症の流行を契機として、外出機会が減少しても生活不活発によるフレイルを予防できるよう、一人でも自宅でも行える体操や健康管理の方法について普及を図ります。

また、居場所等の運営者に対し、感染症予防に関する情報や、感染防止策を徹底したうえで開催する方法の周知に努めます。

【施策の柱 1-3】地域活動の活性化

高齢者の生きがいがづくりの一環として、地域で行われる趣味活動やスポーツ・レクリエーションなどを通じた生涯学習活動を推進します。また、高齢者が自ら地域活動に参加できる体制づくりと情報提供の充実を図り、多様なニーズに応じた参加機会の提供に努めます。

■主な取組

①シニアクラブ活動の活性化

仲間づくりを通して生活を豊かにする活動を行うシニアクラブは、高齢者の生きがいを担う中心的な組織であり、支え合いの地域づくりにも貢献するものです。

時代の変化に応じたシニアクラブのあり方を検討するとともに、今後とも魅力ある活動が継続して行えるよう、小山町シニアクラブ連合会の活動を支援します。

②生涯学習の推進

近年、高齢者のニーズが多様化しており、生涯学習への意欲も高まりを見せています。

自主的な学習やスポーツイベントへの参加は、地域を活性化することにもつながりますので、各種講座や教室を充実させ、生涯学習・生涯スポーツの推進を図ります。

③2市1町共通利用券の贈呈

2市1町の温泉施設、パークゴルフ場及び健康福祉会館リラクゼーションスタジオ等が利用できる共通利用券を70歳以上の高齢者に贈呈し、社会参加と生きがいを支援します。

基本施策 2 保健事業と介護予防の一体的実施

《施策の方向性》

高齢者の居場所での健康相談や、医療データなどにより健康課題が明らかとなっている人への個別的支援を行うため、医療保険制度で行われる保健事業と介護保険制度で行われる介護予防事業を一体的に実施し、医療専門職やリハビリ専門職などと連携した取組を推進します。

○基本施策 2 における成果指標と目標値

成果指標	現状値 (年度)	令和 5 年度 目標値	指標の説明
令和 7 年度において要介護 2 以上と認定される高齢者の割合（※）	9.63% (自然体推計)	— (9.50%)	65 歳以上高齢者（第 1 号被保険者）のうち、要介護認定において要介護 2 以上と認定された人の割合
75 歳時点で健康な状態を維持できている人の割合（※）	19% (R2 見込み)	— (24%)	フレイル健診をはじめて受診した 75 歳の人のうち、質問票の 15 項目全てで該当（健康課題）が無い人の割合

※本指標は、いずれも「第 5 次小山町総合計画」の前期基本計画（令和 3～7 年度）に設定された指標であり、「令和 5 年度目標値」欄下段の（ ）書きがその目標値（令和 7 年度目標）です。本計画最終年の令和 5 年度においては、令和 7 年度に向けた取組状況・進捗状況を確認することとします。

【施策の柱 2-1】 高齢者の健康課題・生活課題の把握

各種の医療・健診・介護・福祉のデータの一元的な管理・解析とともに、医療機関受診時の質問や高齢者の居場所での聞き取りなどを行うことにより、個人や地域の課題を整理します。

【施策の柱 2-2】 個別的支援（ハイリスクアプローチ）の実施

データ分析などにより、健康課題や認知機能の低下など（ハイリスク）が把握できた人に対しては、その生活状態にも着目し、低栄養防止・重症化予防の啓発、重複受診者・重複投薬者への保健指導、健康状態が不明な人への呼び掛け、認知症初期集中支援チームによる訪問など、各種専門職による的確な個別的支援を行います。

【施策の柱 2-3】 高齢者の居場所等での支援（ポピュレーションアプローチ）の実施

高齢者の居場所や介護予防事業の場に各種専門職が出向き、健康相談、フレイル予防の啓発、健康状態の把握、食習慣・運動習慣に対する指導などを行うほか、広く町民向けにフレイル予防の必要性を広報します。

【施策の柱 2-4】 認知症予防・重度化防止の推進

認知症予防には、運動不足の改善、生活習慣病の予防、社会参加による地域とのつながりなどが効果的なため、気軽に通える身近な居場所等への参加を促進するとともに、関係機関とのネットワークや初期集中支援チーム等の活動により、認知症の疑いがある人、健康課題を抱える認知症リスクの高い人の早期発見・早期支援を図ります。

【施策の柱 2-5】 短期集中型サービスの実施

フレイルは、早期に対処すれば、もとの健康な状態に戻る可能性が高いと言われています。

運動機能が低下してきた高齢者に対し、リハビリ専門職の指導のもと、本人の状態に応じた筋力向上を行うとともに、利用者同士の交流を図り、生活の質の向上や閉じこもり防止を図ります。

また、栄養状態に課題のある高齢者に対して、栄養士等の指導のもと、食習慣の改善を図ります。

■ 主な取組

① 運動機能回復訓練

身体機能・生活機能が低下し、町や地域包括センターが必要と認めた人に対し、リハビリ専門職による短期集中的なプログラムを行います。

このプログラムで機能が向上した後は、地域の体操教室などでの継続的な運動を促します。

- 短期集中型筋力アッププログラム（仮称）

 - 地域包括支援センターのリハビリ専門職が中心となって行う介護予防教室

- 短期集中型歩行改善プログラム（仮称）

 - 富士小山病院において行う歩行改善を目的としたリハビリテーション

② 生活機能回復訓練

対象者の「生活の場」（居宅及び通いの場など）を訪問し、実情に即した具体的な助言・指導及び環境調整を行うことで、日常生活における「参加」と「活動」を促します。

③ 食習慣・栄養改善

栄養状態に課題がある高齢者に対し、栄養士等の専門職が指導することにより、食習慣及び栄養状態の改善を図ります。一人暮らし等のため自身で食事を準備することが難しい人に対しては、栄養バランスに配慮された食事の配食サービスを実施します。

【施策の柱 2-6】 介護予防・生活支援サービスの実施

多様な生活支援ニーズに応えるため、介護事業者による訪問介護・通所介護や、多様な担い手による柔軟な通所型サービス等を提供します。

■主な取組

①訪問介護

町の指定を受けた介護事業所の訪問介護員（有資格者）が要支援認定者等の自宅を訪問し、入浴・排せつの介助等の身体介護や、調理・掃除・洗濯等の生活援助を行い、自立に向けて支援します。

②通所介護

町の指定を受けた介護事業所において、専門職による支援が必要な要支援認定者等を対象に、自立支援・重度化防止を目的とした身体機能・生活機能向上のための訓練や身体介護などを行います。

③通所型サービス A（柔軟な基準によるサービス）

町の指定を受けた介護事業所において、自立支援・重度化防止を目的とした身体機能・生活機能向上のための訓練等を行います。本サービスでは、身体介護は行いません。

④通所型サービス B（住民主体によるサービス）

地域の NPO やボランティアなど多様な担い手により運営される通いの場であり、地域とのつながりの中で閉じこもり等を防止します。本サービスでは、身体介護は行いません。

⑤その他の生活支援サービス（見守りを兼ねた配食サービス）

栄養改善が必要と認定された高齢者のみの世帯に対し、栄養バランスに配慮された食事を定期的に提供します。その際、配達員による安否確認を行い、気づいたことを地域包括支援センター等へ連絡する等の見守りを行います。

○介護予防・生活支援サービス種類別利用者数の推移及び推計（1月あたりの利用者数）（人）

No.	区分	第7期実績値			第8期計画値			令和7年度 (2025)	令和22年度 (2040)
		平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)		
1	訪問介護	34	32	35	35	35	35	34	28
2	通所介護	58	58	59	59	59	60	57	47
3	通所型サービスA	9	14	14	14	14	14	14	11
4	通所型サービスB	4	6	7	8	8	8	8	7
5	その他の生活支援サービス	35	27	25	25	25	25	24	23

基本施策 3 自立支援・重度化防止に資する介護・福祉サービスの提供

《施策の方向性》

高齢者が自身のニーズに合ったサービスを利用し、可能な限り自立した生活を営むことができるよう、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所が行うケアマネジメントの質の向上を図り、介護サービスと福祉サービスを適切に組み合わせた支援の提供に努めます。

○基本施策 3 における成果指標と目標値

成果指標	現状値 (年度)	令和 5 年度 目標値	指標の説明
介護サービスを受けている軽度の人 が 1 年後に状態を維持・改善でき ている割合	67.1% (R1)	75.0%	要支援 1、2 及び要介護 1 と認定 を受けた人の 1 年後の要介護度変 化

【施策の柱 3-1】適切なケアマネジメントの推進

介護が必要となった際に、本人の状態に合ったサービスが適切に提供されるよう、地域包括支援センター、社会福祉協議会、介護・福祉事業者、関係団体との情報共有や連携を強化し、適切なケアマネジメントが行える体制づくりを推進します。

【施策の柱 3-2】介護予防ケアマネジメントの質の向上

介護予防及び日常生活支援を目的として要支援者等に対して行われる介護予防マネジメントが、活動と参加の視点も取り入れた適切なサービス内容となるよう、ケアプラン作成時にリハビリ専門職が関与するなど、地域包括支援センターの取組を強化・支援します。

■主な取組

①主任介護支援専門員研修の開催及び支援

地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員等に対し、ケアマネジメントの質の向上を目的とした研修を定期的に行います。効果的な研修となるよう、専門職の派遣等により支援します。

【施策の柱 3-3】在宅高齢者への福祉サービスの充実

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けていくためには、その人の状態に応じたきめ細かな生活支援サービスが必要なことから、本人や家族の多様なニーズに応える独自のサービスを実施し、自宅での自立した生活を支援します。

■主な取組

①一人暮らし高齢者等緊急通報システム事業

一人暮らしや高齢者のみの世帯であって、身体及び日常生活に不安を抱える人を対象に、緊急時における連絡や家族の安心のため、緊急通報システムの機器使用料を助成します。ペンダント型発信機のボタンを押すことで、消防やあらかじめ登録しておいた人へ通報されます。

②高齢者ショートステイ事業

日常生活において見守りが必要なおおむね 65 歳以上の人で、家族が急病や冠婚葬祭などにより不在となる場合に、養護老人ホームへ一時的に宿泊できるサービスを行います。

③生活管理指導短期宿泊事業

基本的な生活習慣に課題があったり、近隣住民や社会との関わりが苦手であるなど、様々な生きづらさを抱えている人に対して、養護老人ホームへの短期間の宿泊により日常生活に対する指導や支援を行い、本人の自立を支援します。

④住宅改修助成事業

要介護（要支援）認定を受けていない 65 歳以上の高齢者が、介護予防を目的として住宅設備を生活に適するよう改修する際に、その住宅改修費の一部を助成します。

⑤シルバー定期券購入助成事業

町内に在住している 70 歳以上の人を対象に、富士急行の路線（高速バスを除く）ならどこでも利用できる「シルバー定期券」の購入費の一部を助成し、高齢者の外出や社会参加を促します。

⑥介護用品購入助成事業

要介護 2 以上と認定された人を在宅で介護している家族に対し、紙おむつ等介護用品の購入費の一部を助成します。

⑦はり・灸・マッサージ治療費助成事業

高齢者の健康増進を図るため、65 歳以上の人に治療費助成券を交付し、はり・灸・マッサージを受ける費用の一部を助成します。

基本施策4 高齢者の生きがいづくり・活躍の機会の拡充

《施策の方向性》

高齢者がその経験や能力を活かし、就労や地域貢献などを通じて社会に貢献できるよう、シルバー人材センターや障がい者の就労継続支援事業への助成を行うとともに、高齢者の居場所等の運営を担う「はつらつ元気サポーター」等の地域活動の担い手の養成に取り組みます。

○基本施策4における成果指標と目標値

成果指標	現状値 (年度)	令和5年度 目標値	指標の説明
地域活動の担い手の養成者数	61人	80人	はつらつ元気サポーター養成講座とオレンジサポーター養成講座の受講者数
就労している人の割合	32.9% (R1)	35.0%	65歳以上の就労している人の割合 (令和元年度 健康とくらしの調査)

【施策の柱 4-1】 地域活動の担い手の拡充と支援

高齢者の社会参加を促進するため、様々な介護予防事業や地域活動の担い手を養成するとともに、無理なく継続していただけるよう、その活動を支援します。

■主な取組

①はつらつ元気サポーターの養成

町が実施する体操教室や地域での介護予防活動を支援する「はつらつ元気サポーター」を養成します。

②オレンジサポーターの養成

認知症の人でも気軽に参加できるオレンジカフェの運営などを担う「オレンジサポーター」を養成するため、認知症サポーター養成講座を受講した人を対象にステップアップ講座を開催します。

【施策の柱 4-2】 多様な就労機会の提供支援

就労等への意欲がある高齢者が、培ってきた技術や経験、知識を活かし活躍できるよう、様々な機関・企業等に対して柔軟な働き方の導入を促すほか、一般就労が難しい人に対する雇用機会の確保を図ります。

■ 主な取組

① シルバー人材センターの充実・強化

高齢者の就業機会を提供するシルバー人材センターは、本人の社会参加や生きがいづくりだけでなく、活力ある地域づくりにも貢献するものです。

多様な生活支援ニーズに応えるとともに、多様な働き方を普及させるため、小山町シルバー人材センターの活動を支援します。

② 福祉的就労を行う事業所への支援

一般就労が難しい人に対して福祉的就労や能力向上の機会を提供する就労継続支援事業を行う施設・事業所への支援を行います。

第2章 基本目標2

住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくり

基本施策1 地域共生社会の実現に向けたケア体制の充実

《施策の方向性》

近年、認知症高齢者の増加、いわゆる8050問題、高齢者の引きこもりなど、介護・福祉サービスの提供だけでは解決できない深刻な課題を解決するため、社会福祉協議会や地域包括支援センターなど関係機関と連携し、個人や世帯に寄り添った相談・支援が行える体制を構築していきます。

○基本施策1における成果指標と目標値

成果指標	現状値 (年度)	令和5年度 目標値	指標の説明
地域包括支援センターの認知度	76.6% (R1)	80%	「地域包括支援センターを知っていますか」の問いに対し、「知っている」と回答した人の割合（健康とくらしの調査）
地域ケア会議の開催回数（年間）	5回 (R1)	12回	居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員研修に併せた地域ケア会議の開催回数

【施策の柱 1-1】 地域包括支援センターの機能強化

地域包括支援センターは、今後の高齢化の進行等に伴い増加するニーズに対応し、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援する中核的機関です。そのため、地域包括支援センターの人員体制及び業務の状況を定期的に把握・評価し、その結果を踏まえた改善と機能強化を図ります。

■主な取組

①地域包括支援センターの事業評価

地域包括支援センター業務の質の向上を図るため、町による評価とセンター自らの評価を実施し、多様な関係者で構成される運営協議会による協議を踏まえ、必要な体制強化や事業内容の見直しを行います。

②地域包括支援センターの周知

困りごとを抱えた高齢者はもちろん、その家族や地域住民が地域包括支援センターを利用し、適切な支援や対策につなげることができるよう、町のホームページやソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）も活用し、総合相談窓口としての機能を広く周知します。

【施策の柱 1-2】 属性を問わない相談支援の充実

地域共生社会の実現に向け、複合化・複雑化した課題を抱える個人や世帯に対する適切な支援・対応を行うため、各種の相談窓口機関は、高齢者、障がい者、生活困窮者など対象者の属性を問わず困りごとを受け止め支援につなげることが求められています。

地域包括支援センターにおいても、高齢者に関する相談をきっかけに把握した世帯や地域の課題について、関係機関と連携して解決できる体制の構築に努めます。

■主な取組

①社会福祉協議会との連携強化

小山町社会福祉協議会は、地域福祉の中心的な担い手として、また、高齢者や障がい者等へのサービス提供機関として各種事業を推進しています。

高齢者人口の増加や福祉ニーズの増大により、その役割は一層重要なものとなることから、今後も事業運営等に対する支援を実施するとともに、連携の強化を図ります。

【施策の柱 1-3】 地域ケア会議の充実

多職種・多機関により構成される地域ケア会議は、「個別課題の解決」、「地域包括支援ネットワークの構築」、「地域課題の発見」、「地域づくり、資源開発」、「政策の形成」の5つの機能を有しています。

専門的視点を交え、個別課題の解決の積み重ねから地域に共通する課題を発見し、本人のニーズに合った支援や地域における資源の創設につなげることを目指します。

【施策の柱 1-4】 生活支援体制の整備促進

多様な生活支援サービスが整備され、一人暮らし高齢者や認知症の人でも暮らしやすい地域をつくるため、「生活支援コーディネーター」や「協議体」の取組を中心に、地域ニーズや資源の把握、関係者のネットワーク化、担い手の養成、資源の創出等を行う体制の充実・強化を図ります。

■主な取組

①生活支援コーディネーターの配置

地域のニーズと資源の把握、多様な関係者や団体等のネットワーク化、担い手と活動の場のマッチングなどを担う生活支援コーディネーターを、町、地域包括支援センター、社会福祉協議会に配置し、高齢者の生活を支援する機能の充実・強化を図ります。

②協議体の設置

生活支援コーディネーターの活動を支援・補完するとともに、地域の多様な関係者の意識統一や新たな地域資源の企画・立案などを行う協議体を設置し、生活支援体制の整備を促進します。

【施策の柱 1-5】 地域の見守り体制の強化

高齢者が安心・安全に暮らしていくことができるよう、地域住民や民間企業等と連携し、一人暮らし高齢者や認知症の人への見守り体制を構築します。

■主な取組

①高齢者見守りネットワークの構築

高齢者を地域全体で支え、適切な支援につなげることができるよう、日々の業務や活動の中で高齢者と接する機会の多い町内の商店や事業所等との連絡体制を構築し、日常的な見守り体制の充実を図ります。

【施策の柱 1-6】 地域交流の促進

■主な取組

①世代間交流・地域間交流事業

子どもを地域で育て、高齢者を地域で見守るため、高齢者による文化伝承活動をはじめ、福祉、学習、スポーツ、防災、環境、産業振興等の幅広い分野で、子どもから高齢者まで多世代が交流する機会の拡大を図ります。

②地域での福祉教育の充実

少子高齢化や核家族化が進行する中、地域による地域福祉活動が求められており、福祉教育の重要性も高まっています。このため、教育・福祉関係者、地域住民等と連携して福祉問題に関する啓発を図るとともに、町が行う学習講座や交流機会を拡大し、多くの町民が福祉について学べる環境づくりを推進していきます。

基本施策 2 在宅医療・介護連携の推進

《施策の方向性》

医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい生活を営むことができるよう、町民からの在宅療養に関する相談、適切な退院支援、施設等における医療的ケアへの支援など、各種の取組をPDCAサイクルに沿って推進します。

○基本施策 2 における成果指標と目標値

成果指標	現状値 (年度)	令和 5 年度 目標値	指標の説明
訪問看護の利用率	0.6% (R1)	1.1%	要介護（要支援）認定者の訪問看護の利用率

【施策の柱 2-1】在宅医療と介護の連携強化

町内の医療機関や介護事業者と連携し、医療・介護関係者の相互理解や資質向上を図り、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築に努めます。

■主な取組

①地域の医療・介護サービス資源の把握

地域の医療機関及び介護事業所の機能等の社会資源並びに在宅医療・介護サービス利用者の情報をデータなどにより把握・整理し、地域の医療・介護関係者と共有するとともに、今後の施策の立案等に活用します。

②入退院時等における切れ目のない支援

日常の療養、入退院時、急変時、看取りなど、ライフサイクルの中で起こりうる節目となる場面で、医療と介護が一体的に提供され、本人が希望する場所で希望する日常生活が過ごせるよう、地域包括支援センターを核とする関係機関とのネットワークによりスムーズな支援に努めます。

③在宅医療・介護関係者の多職種連携研修の実施

医療と介護の資源を有効に活用することができるよう、多機関・多職種が参画する医療介護情報連携システム（シズケア＊かけはし）の普及や関係者間の定期的な意見交換や合同研修会等を実施し、多職種連携が効率的に行える体制を整備します。

【施策の柱 2-2】在宅医療・介護連携に関する相談支援

町の実情に合わせた在宅医療と介護の連携体制を構築し、維持、充実していくため、関係機関からの相談や調整を担う機能を充実するとともに、在宅療養などに関する町民への普及啓発に努めます。

■主な取組

①在宅医療・介護連携コーディネーターの配置

地域の医療機関及び介護事業所からの在宅医療・介護連携に関する相談に応じ、連絡調整や情報提供などを行うため、地域包括支援センターに在宅医療・介護連携コーディネーターを配置します。

②在宅療養や看取りに関する普及啓発

地域住民が在宅医療・介護について理解し、在宅療養が必要となった際に適切なサービスを受けることができるよう、相談機関や各種サービス内容の周知を図ります。

また、人生の最終段階における医療やケアについて、家族及び全ての関係者が本人の意思に寄り添った選択をできるように、エンディングノートの配布などにより、在宅での看取りに関する啓発や意思決定への支援を行います。

基本施策 3 認知症高齢者等への支援の充実

《施策の方向性》

認知症は誰もがなりうる身近なものであり、その正しい理解とともに、早期発見・早期対応、症状の進行を遅らせる取組、自分らしく暮らし続けるための支援などが重要です。普及啓発イベントの開催や認知症サポーターの養成などを実施し、地域全体で本人とその家族を支えるネットワークづくりを推進します。

○基本施策 3 における成果指標と目標値

成果指標	現状値 (年度)	令和 5 年度 目標値	指標の説明
認知症サポーター養成人数（累計）	2,766 人 (R1)	3,500 人	認知症サポーター養成講座の延 受講者数（累計）
オレンジカフェ等認知症の本人や家 族が集える場所の設置数	3 箇所	5 箇所	オレンジカフェ等の設置数

【施策の柱 3-1】 認知症の理解のための普及啓発

地域住民が認知症について正しく理解し、認知症の人とその家族を地域で見守り支えることができるよう、制度やサービスの普及啓発に努めます。

■ 主な取組

① 認知症ケアパスの作成と配布

「認知症ケアパス」とは、認知症の人とその家族が、できる限り住み慣れた町で安心して暮らし続けられるよう、症状や状態に応じた支援、医療・介護サービスの利用の流れなどを示したガイドブックです。

本町では、平成 28 年度（2016 年度）に作成し町内の全戸に配布しました。今後、定期的に内容を更新し普及を図ります。

② 認知症サポーター養成講座

認知症になっても安心して暮らせるまちづくりを目指し、身近な地域で認知症の人とその家族を応援する「認知症サポーター」を幅広く養成します。

さらに、地域における普及啓発活動やオレンジカフェを支援していただける人に対しては、認知症サポーターステップアップ講座を開催します。

③認知症キャラバン・メイト活動支援事業

所定の研修を受け、認知症サポーター養成講座の講師を務めるなど、認知症施策の担い手となる認知症キャラバン・メイトを養成するとともに、定期的に連絡会を開催しその活動を支援します。

【施策の柱 3-2】 認知症の人やその家族への支援

認知症の症状や生活状況に応じて適時・適切な医療、介護、生活支援等が提供できるよう、関係機関と連携し様々な事業を実施します。

■主な取組

①認知症地域支援推進員の配置

認知症の人とその家族に対する相談・支援、各機関との連携、医療・介護等の支援ネットワーク構築などを行う認知症地域支援推進員を、町と地域包括支援センターに配置します。

②オレンジカフェの設置・運営支援

認知症の人とその家族、地域住民、専門職など誰もが参加でき、相談や参加者相互の交流ができるオレンジカフェの設置を促進し、運営費の助成を行います。

③認知症初期集中支援チームによる支援

医療・介護データやアンケート結果などにより、認知機能の低下や家族によるサポートに不安があると思われるケースに対し、専門職により構成された認知症初期集中支援チーム員が訪問し、本人や家族などへの包括的・集中的な支援を行います。

また、認知症初期集中支援チームが効果的に機能するよう、民生委員・児童委員等とのネットワークを活用して早期発見・早期支援につなげます。

④家族介護者の支援

介護や認知症に関する不安や課題を抱える家族が地域で孤立しないよう、同じ悩みを持つ家族同士が交流できる家族介護教室や交流会を開催するほか、オレンジカフェへの参加を促します。

⑤徘徊高齢者等あんしんサービス

認知症による徘徊症状のある高齢者を介護する家族等を対象に、現在位置を探索するための端末機器を貸与します。

⑥徘徊高齢者等安心ネットワーク事前登録事業

認知症による徘徊により行方不明となる恐れのある人の安全及び家族支援のため、あらかじめ町に対象者の情報を登録し、早期保護及び速やかな身元確認につなげるネットワーク事業の拡充を図ります。

基本施策 4 権利擁護の取組の推進

《施策の方向性》

判断能力が低下した高齢者の健康と財産を守り、住み慣れた地域で安心して生活できるよう、権利擁護支援センター事業を核とした相談・支援や成年後見制度の利用促進などを行います。

○基本施策 4 における成果指標と目標値

成果指標	現状値 (年度)	令和 5 年度 目標値	指標の説明
権利擁護支援センター事業における 相談件数	30 件	— (45 件)	財産・身分の保護や成年後見制度 の利用など権利擁護に関する相談 件数

※本指標は、「第 5 次小山町総合計画」の前期基本計画（令和 3～7 年度）に設定された指標であり、「令和 5 年度目標値」欄下段の（ ）書きがその目標値（令和 7 年度目標）です。
本計画最終年の令和 5 年度においては、令和 7 年度に向けた取組状況・進捗状況を確認することとします。

【施策の柱 4-1】 成年後見制度の利用促進

認知症などにより判断能力が低下した人の権利を守るため、小山町権利擁護支援センターによる権利擁護の取組などを推進します。

■主な取組

①小山町権利擁護支援センター事業の推進

成年後見制度利用促進法を踏まえて令和 2 年度に創設した小山町権利擁護支援センター事業により、成年後見制度の利用促進や権利擁護に関する相談、地域住民への普及啓発、市民後見人の養成などを行います。

②意思決定支援に関する関係者の意識共有

認知症などにより判断能力が低下した人への支援に関わる全ての介護・福祉関係者が、本人の意思を尊重した適切な意思決定支援のプロセスを実践できるよう、多職種・多機関による相談支援包括化ネットワーク会議や地域ケア会議等を通じ、意思決定支援に関する考え方やその手法を共有します。

【施策の柱 4-2】 高齢者虐待の防止と高齢者保護

高齢者の虐待はあってはならないため、誰もが正しい知識を持ち、虐待のサインを見逃さず、事態の深刻化を防ぐことが重要です。虐待防止に関する啓発や高齢者を保護する仕組みの構築により、誰もが尊重され自信を持って暮らしていける地域づくりを目指します。

■主な取組

①虐待防止のための啓発・広報活動

虐待に関する知識や成年後見制度の普及を図るため、パンフレットやポスターなどによる広報を実施します。また、高齢者虐待に関する相談窓口や通報先となる地域包括支援センターを積極的に周知します。

②関係機関との連携強化

虐待があった際に迅速に対応できるよう、ケース会議や多機関が参画する各種会議等を通じ、関係機関との情報共有や連絡体制の整備を図ります。

③高齢者虐待緊急対策による保護

虐待により高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合など、緊急保護が必要と認められる場合には、速やかに養護老人ホームで保護します。

第3章 基本目標 3

生活基盤を維持できるまちづくり

基本施策 1 介護・福祉サービスの確保

《施策の方向性》

介護が必要となった際に、その状態に応じたサービスを適切に受けることができるよう、今後の人口推移や介護需要などを推計し、その見込量に応じたサービス量を確保するとともに、経済的に困っている人でも利用できるよう、自己負担額の軽減措置などを実施します。

○基本施策 1 における成果指標と目標値

成果指標	現状値 (年度)	令和 5 年度 目標値	指標の説明
働きながら介護を続けている人の割合	80.7% (R1)	90%	「主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けて行けそうですか」の問いに対し、「続けていける」と答えた回答した人の割合（在宅要介護認定者調査）

【施策の柱 1-1】 介護サービス基盤の充実

要介護（要支援）状態となった場合でも安心して介護サービスを利用できるよう、多様な介護サービスを整備します。

■ 主な取組

① 居宅サービス

居宅サービスは、在宅で自立した生活ができるよう支援するためのサービスです。

要介護 1 から 5 の人を対象とした介護給付と、要支援 1・2 の人を対象とした予防給付に分かれています。サービスによっては、要支援の人は利用できないものがあります。

居宅サービスの種類別利用量は、サービスの種類ごとに分析を行い、平成 30 年度から令和 2 年度の伸び率や実績などを基準に、令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症の影響があったことを考慮し、令和 3 年度以降を推計しています。

■ 訪問介護 ■

訪問介護員（ホームヘルパー）が自宅を訪問し、入浴・排せつ・食事等の身体介護や、調理・掃除・洗濯等の生活援助を行います。

区分	単位	第 7 期実績値			第 8 期計画値			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
		平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)		
介護 給付	回数/月	1,514.1	1,617.7	1,480.0	1,602.7	1,619.8	1,648.8	1,618.8	1,889.9
	人数/月	98	99	94	102	103	105	105	121

※令和 2 年度は令和 2 年 6 月までの実績値をもとに推計した数値

■ 訪問入浴介護／介護予防訪問入浴介護 ■

介護職員と看護職員が自宅を移動入浴車で訪問し、入浴の介護を行います。

区分	単位	第 7 期実績値			第 8 期計画値			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
		平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)		
介護 給付	回数/月	42.0	36.0	278.0	42.7	42.7	49.3	44.4	58.8
	人数/月	10	8	19	10	10	12	11	14
予防 給付	回数/月	8.1	0.2	0.0	5.1	5.1	5.1	5.1	5.1
	人数/月	1	0	0	1	1	1	1	1

※令和 2 年度は令和 2 年 6 月までの実績値をもとに推計した数値

■ 訪問看護／介護予防訪問看護 ■

訪問看護ステーションや病院・診療所の看護師等が自宅を訪問し、療養上の世話や診療の補助を行います。

区分	単位	第 7 期実績値			第 8 期計画値			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
		平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)		
介護 給付	回数/月	134.8	160.7	262.4	251.5	267.4	283.0	297.5	371.3
	人数/月	18	22	32	34	36	38	40	50
予防 給付	回数/月	18.9	50.7	87.5	46.3	46.3	46.3	46.3	46.3
	人数/月	4	8	11	8	8	8	8	8

※令和 2 年度は令和 2 年 6 月までの実績値をもとに推計した数値

■訪問リハビリテーション■

老人保健施設や病院・診療所の理学療法士・作業療法士が自宅を訪問し、医師の指示に基づく医学的リハビリテーションを行います。

区分	単位	第 7 期実績値			第 8 期計画値			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
		平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)		
介護	回数/月	9.3	13.3	14.9	8.5	16.9	16.9	16.9	16.9
給付	人数/月	1	2	1	1	2	2	2	2

※令和 2 年度は令和 2 年 6 月までの実績値をもとに推計した数値

■居宅療養管理指導／介護予防居宅療養管理指導■

病院、診療所又は薬局の医師・歯科医師・薬剤師・歯科衛生士・管理栄養士等が自宅を訪問し、療養上の管理・指導などを行います。

区分	単位	第 7 期実績値			第 8 期計画値			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
		平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)		
介護	人数/月	27	33	35	31	31	32	33	36
予防	人数/月	3	6	3	6	6	7	7	8

※令和 2 年度は令和 2 年 6 月までの実績値をもとに推計した数値

■通所介護（デイサービス）■

介護施設において、入浴・排せつ・食事等の身体介護、日常生活の支援、機能回復訓練などを受けます（日帰り）。

区分	単位	第 7 期実績値			第 8 期計画値			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
		平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)		
介護	回数/月	1,647.0	1,502.0	1,260.0	1,604.9	1603.4	1,611.2	1,659.3	1,885.7
給付	人数/月	158	147	128	156	156	157	162	184

※令和 2 年度は令和 2 年 6 月までの実績値をもとに推計した数値

■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■

老人保健施設や病院・診療所において、入浴・食事等の日常生活支援や、理学療法士・作業療法士による医学的リハビリテーションなどを受けます（日帰り）。

区分	単位	第 7 期実績値			第 8 期計画値			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
		平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)		
介護	回数/月	636.7	591.4	531.8	618.0	637.8	639.2	664.0	748.6
給付	人数/月	67	65	62	66	68	68	71	80
予防	人数/月	16	24	27	25	26	26	26	26

※令和 2 年度は令和 2 年 6 月までの実績値をもとに推計した数値

■ 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 ■

特別養護老人ホーム等に短期間入所し、入浴・排せつ・食事等の身体介護、日常生活の支援、機能回復訓練などを受けます。

区分	単位	第 7 期実績値			第 8 期計画値			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
		平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)		
介護 給付	日数/月	950.3	1,012.8	996.2	972.3	973.5	999.8	989.7	1,104.7
	人数/月	73	72	58	72	72	74	74	83
予防 給付	日数/月	25.2	47.8	10.7	47.4	47.4	47.4	47.4	47.4
	人数/月	3	3	1	4	4	4	4	4

※令和 2 年度は令和 2 年 6 月までの実績値をもとに推計した数値

■ 短期入所療養介護（ショートステイ）／介護予防短期入所療養介護 ■

老人保健施設や病院に短期間入所し、医学的管理のもと、入浴・食事等の日常生活支援や、介護・看護職員による機能回復訓練・療養上の世話などを受けます。

[老人保健施設]

区分	単位	第 7 期実績値			第 8 期計画値			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
		平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)		
介護 給付	日数/月	48.5	53.6	54.2	53.6	53.6	53.6	53.6	53.6
	人数/月	8	7	6	8	8	8	8	8
予防 給付	日数/月	4.6	1.3	0.0	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5
	人数/月	0	1	0	1	1	1	1	1

[病院等]

区分	単位	第 7 期実績値			第 8 期計画値			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
		平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)		
介護 給付	日数/月	29.2	22.4	0.0	23.3	29.5	29.5	29.5	36.3
	人数/月	4	4	0	4	5	5	5	6

[介護医療院]

区分	単位	第 7 期実績値			第 8 期計画値			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
		平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)		
介護 給付	日数/月	0.0	6.5	0.0	6.8	6.8	6.8	6.8	6.8
	人数/月	0	1	0	1	1	1	1	1

※いずれも令和 2 年度は令和 2 年 6 月までの実績値をもとに推計した数値

■福祉用具貸与／介護予防福祉用具貸与■

車いす、歩行器、介護用ベッドなど、日常生活の自立を助けるための福祉用具をレンタルします。

区分	単位	第 7 期実績値			第 8 期計画値			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
		平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)		
介護	人数/月	226	221	223	225	225	227	230	261
予防	人数/月	66	80	93	85	86	88	88	90

※令和 2 年度は令和 2 年 6 月までの実績値をもとに推計した数値

■特定福祉用具購入費／特定介護予防福祉用具購入費■

特定の入浴用品や排せつ用品を、指定された業者から購入した際に、一定額を補助します。

区分	単位	第 7 期実績値			第 8 期計画値			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
		平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)		
介護	人数/月	3	5	9	4	4	5	5	6
予防	人数/月	1	2	0	2	2	2	2	2

※令和 2 年度は令和 2 年 6 月までの実績値をもとに推計した数値

■住宅改修／介護予防住宅改修■

手すりの取り付けや段差解消など、住宅改修を行った場合に、一定額を補助します。

区分	単位	第 7 期実績値			第 8 期計画値			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
		平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)		
介護	人数/月	4	3	7	3	3	4	4	5
予防	人数/月	1	1	2	2	2	2	2	2

※令和 2 年度は令和 2 年 6 月までの実績値をもとに推計した数値

■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■

有料老人ホームや軽費老人ホーム等に入居している要介護者（要支援者）に対し、入浴・排せつ・食事等の身体介護、日常生活の支援、機能回復訓練、療養上の世話などを行います。

区分	単位	第 7 期実績値			第 8 期計画値			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
		平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)		
介護	人数/月	25	21	29	25	26	27	35	37
予防	人数/月	7	12	8	9	9	9	11	11

※令和 2 年度は令和 2 年 6 月までの実績値をもとに推計した数値

■ケアマネジメント（居宅介護支援／介護予防支援）■

介護サービスを利用する際には、居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターの介護支援専門員（ケアマネジャー）が、利用者に合った「ケアプラン」を作成します。ケアプランに関する費用は介護保険で賄われ、利用者負担はありません。

区分	単位	第 7 期実績値			第 8 期計画値			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
		平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)		
介護	人数/月	345	342	350	344	343	345	356	401
予防	人数/月	75	90	103	96	98	98	100	101

※令和 2 年度は令和 2 年 6 月までの実績値をもとに推計した数値

②地域密着型サービス

地域密着型サービスは、要介護者（要支援者）の住み慣れた地域での生活を支えるため、市町村が指定権限を持つサービスです。

原則として、その市町村の被保険者のみがサービスを利用できます。

地域密着型サービスの種類別利用量は、サービスの種類ごとに分析を行い、平成 30 年度から令和 2 年度の伸び率や実績などを基準に、令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症の影響があったことを考慮し、令和 3 年度以降を推計しています。

そのうえで、小山町では、認知症になっても住み慣れた地域で生活をするための「認知症対応型共同生活介護」と、施設への通い・自宅への訪問・施設への泊まりを組み合わせて利用できる「小規模多機能型居宅介護」の整備を計画します。

■地域密着型通所介護

定員 18 人以下の小規模なデイサービスです。介護施設において、入浴・排せつ・食事等の身体介護、日常生活の支援、機能回復訓練などを受けます（日帰り）。

区分	単位	第 7 期実績値			第 8 期計画値			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
		平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)		
介護 給付	回数/月	394.5	274.0	365.9	368.9	387.8	398.5	398.5	452.3
	人数/月	30	21	29	28	29	30	30	34

※令和 2 年度は令和 2 年 6 月までの実績値をもとに推計した数値

■ 認知症対応型通所介護／介護予防認知症対応型通所介護

認知症の人を想定したデイサービスです。介護施設において、症状の進行の緩和を目標に、入浴・排せつ・食事等の身体介護、日常生活の支援、機能回復訓練などを行います（日帰り）。

区分	単位	第 7 期実績値			第 8 期計画値			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
		平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)		
介護 給付	回数/月	181.1	257.6	267.0	259.6	253.1	253.1	252.4	293.7
	人数/月	14	22	22	21	21	21	21	24
予防 給付	回数/月	7.3	13.5	8.2	23.1	23.1	23.1	23.1	23.1
	人数/月	1	2	1	3	3	3	3	3

※令和 2 年度は令和 2 年 6 月までの実績値をもとに推計した数値

■ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

認知症の人が、家庭的な環境と地域住民との交流のもと、少人数で共同生活するサービスです。

介護職員が身体介護、日常生活の支援、機能回復訓練などを行いながら、症状の進行の緩和と自立した生活の支援を行います。

区分	単位	第 7 期実績値			第 8 期計画値			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
		平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)		
介護	人数/月	17	16	21	17	19	23	27	29

※令和 2 年度は令和 2 年 6 月までの実績値をもとに推計した数値

■ 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

「施設への通い（日帰り）」を中心に、「自宅への訪問」と「施設への宿泊」を柔軟に組み合わせて利用できるサービスです。

心身の状況、本人の希望、家族の状況などに応じたサービスを家庭的な環境の中で提供するほか、地域住民との交流や地域活動への参加も図ります。

区分	単位	第 7 期実績値			第 8 期計画値			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
		平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)		
介護	人数/月	2	2	2	2	5	8	8	8
予防	人数/月	1	1	0	1	2	4	4	4

※令和 2 年度は令和 2 年 6 月までの実績値をもとに推計した数値

■看護小規模多機能型居宅介護

要介護度が高く、医療ニーズの高い利用者に柔軟に対応するため、小規模多機能型居宅介護と訪問看護等の複数のサービスを組み合わせて提供する複合型事業所において、看護と介護サービスを一体的に提供するサービスです。

区分	単位	第 7 期実績値			第 8 期計画値			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
		平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)		
介護	人数/月	0	0	0	1	1	2	2	2

※令和 2 年度は令和 2 年 6 月までの実績値をもとに推計した数値

■地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護

原則として要介護 3 以上の人を対象とした定員 29 人以下の特別養護老人ホームです。施設に入所し、入浴・排せつ・食事等の身体介護、日常生活の支援、機能回復訓練、療養上の世話などを受けます。

区分	単位	第 7 期実績値			第 8 期計画値			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
		平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)		
介護	人数/月	28	28	27	29	29	29	29	29

※令和 2 年度は令和 2 年 6 月までの実績値をもとに推計した数値

③施設サービス

施設サービスは、在宅での生活が困難な要介護者が介護保険施設に入所して受けるサービスです。

介護保険施設には、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院の 4 つの類型があり、介護が中心か医療が中心かなどによって入所する施設を選択します。

なお、介護療養型医療施設は、制度改正により、令和 5 年度（2023 年度）末までに介護医療院等へ転換される予定です。

施設サービスの種類別利用者数は、静岡県第 8 次医療計画中間見直しにおける在宅医療等の必要量を勘案のうえ、サービスの種類ごとに分析を行い、平成30年度から令和 2 年度の伸び率や実績などを基準に、令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症の影響があったことを考慮し、令和 3 年度以降を推計しています。

■介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

寝たきりや認知症のため日常生活において常時介護が必要で、自宅での生活が困難な人が入所する施設です。原則として要介護3以上の人が対象です。

入浴・排せつ・食事等の身体介護、日常生活の支援、機能回復訓練、療養上の世話などのサービスを受けます。

区分	単位	第7期実績値			第8期計画値			令和7年度 (2025)	令和22年度 (2040)
		平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)		
介護	人数/月	110	110	104	114	114	114	114	123

※令和2年度は令和2年6月までの実績値をもとに推計した数値

■介護老人保健施設

病状が安定期にあり、医学的管理のもとで在宅復帰に向けた支援を必要とする人が入所する施設です。医学的リハビリテーションのほか、介護・看護、日常生活の支援などのサービスを受けます。

区分	単位	第7期実績値			第8期計画値			令和7年度 (2025)	令和22年度 (2040)
		平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)		
介護	人数/月	98	98	99	100	103	105	112	112

※令和2年度は令和2年6月までの実績値をもとに推計した数値

■介護療養型医療施設

急性期の治療は終わったものの、医学的管理のもとで長期療養が必要な人が入所する施設です。医療・看護・介護、医学的リハビリテーション、日常生活の支援などのサービスを受けます。

区分	単位	第7期実績値			第8期計画値			令和7年度 (2025)	令和22年度 (2040)
		平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)		
介護	人数/月	49	41	34	31	31	31		

※令和2年度は令和2年6月までの実績値をもとに推計した数値

■介護医療院

介護療養型医療施設の転換先として、平成30年に創設された施設類型です。

医学的管理のもとで長期療養が必要な人に対し、生活の場としての機能も兼ね備えた施設として、生活機能を維持改善するリハビリテーションや看取りにも対応します。

区分	単位	第7期実績値			第8期計画値			令和7年度 (2025)	令和22年度 (2040)
		平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)		
介護	人数/月	0	4	22	23	23	23	54	54

※令和2年度は令和2年6月までの実績値をもとに推計した数値

《参考》

【居宅サービスの推計】

○【介護給付】居宅サービスの種類別利用者数の推移及び推計（1月あたりの利用量）

No.	区分		第7期実績値			第8期計画値			令和7年度 (2025)	令和22年度 (2040)
			平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)		
1	訪問介護	回	1,514.1	1,617.7	1,480.0	1,602.7	1,619.8	1,648.8	1,618.8	1,889.9
		人	98	99	94	102	103	105	105	121
2	訪問入浴介護	回	42.0	36.0	278.0	42.7	42.7	49.3	44.4	58.8
		人	10	8	19	10	10	12	11	14
3	訪問看護	回	134.8	160.7	262.4	251.5	267.4	283.0	297.5	371.3
		人	18	22	32	34	36	38	40	50
4	訪問リハビリテーション	回	9.3	13.3	14.9	8.5	16.9	16.9	16.9	16.9
		人	1	2	1	1	2	2	2	2
5	居宅療養管理指導	人	27	33	35	31	31	32	33	36
6	通所介護	回	1,647.0	1,502.0	1,260.0	1,604.9	1,603.4	1,611.2	1,659.3	1,885.7
		人	158	147	128	156	156	157	162	184
7	通所リハビリテーション	回	636.7	591.4	531.8	618.0	637.8	639.2	664.0	748.6
		人	67	65	62	66	68	68	71	80
8	短期入所生活介護	日	950.3	1,012.8	996.2	972.3	973.5	999.8	989.7	1,104.7
		人	73	72	58	72	72	74	74	83
9	短期入所療養介護(老健)	日	48.5	53.6	54.2	53.6	53.6	53.6	53.6	53.6
		人	8	7	6	8	8	8	8	8
10	短期入所療養介護(病院等)	日	29.2	22.4	0.0	23.3	29.5	29.5	29.5	36.3
		人	4	4	0	4	5	5	5	6
11	短期入所療養介護(介護医療院)	日	0.0	6.5	0.0	6.8	6.8	6.8	6.8	6.8
		人	0	1	0	1	1	1	1	1
12	福祉用具貸与	人	226	221	223	225	225	227	230	261
13	特定福祉用具購入費	人	3	5	9	4	4	5	5	6
14	住宅改修	人	4	3	7	3	3	4	4	5
15	特定施設入居者生活介護	人	25	21	29	25	26	27	35	37
16	居宅介護支援	人	345	342	350	344	343	345	356	401

※令和2年度は令和2年6月までの実績値をもとに推計した数値

○【予防給付】居宅サービスの種類別利用者数の推移及び推計（１月あたりの利用量）

No.	区分		第7期実績値			第8期計画値			令和7年度 (2025)	令和22年度 (2040)
			平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)		
1	介護予防 訪問入浴介護	回	8.1	0.2	0.0	5.1	5.1	5.1	5.1	5.1
		人	1	0	0	1	1	1	1	1
2	介護予防 訪問看護	回	18.9	50.7	87.5	46.3	46.3	46.3	46.3	46.3
		人	4	8	11	8	8	8	8	8
3	介護予防 居宅療養管理指導	人	3	6	3	6	6	7	7	8
4	介護予防 通所リハビリテーション	人	16	24	27	25	26	26	26	26
5	介護予防 短期入所生活介護	日	25.2	47.8	10.7	47.4	47.4	47.4	47.4	47.4
		人	3	3	1	4	4	4	4	4
6	介護予防短期入所 療養介護(老健)	日	4.6	1.3	0.0	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5
		人	0	1	0	1	1	1	1	1
7	介護予防 福祉用具貸与	人	66	80	93	85	86	88	88	90
8	特定介護予防 福祉用具購入費	人	1	2	0	2	2	2	2	2
9	介護予防 住宅改修	人	1	1	2	2	2	2	2	2
10	介護予防特定施設 入居者生活介護	人	7	12	8	9	9	9	11	11
11	介護予防支援	人	75	90	103	96	98	98	100	101

※令和２年度は令和２年６月までの実績値をもとに推計した数値

【地域密着型サービスの推計】

○【介護給付】地域密着型サービスの種類別利用量の推移及び推計（１か月あたりの利用量）

No.	区分		第7期実績値			第8期計画値			令和7年度 (2025)	令和22年度 (2040)
			平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)		
1	地域密着型通所介護	回	394.5	274.0	365.9	368.9	387.8	398.5	398.5	452.3
		人	30	21	29	28	29	30	30	34
2	認知症対応型通所介護	回	181.1	257.6	267.0	259.6	253.1	253.1	252.4	293.7
		人	14	22	22	21	21	21	21	24
3	認知症対応型共同生活介護	人	17	16	21	17	19	23	27	29
4	小規模多機能型居宅介護	人	2	2	2	2	5	8	8	8
5	看護小規模多機能型居宅介護	人	0	0	0	1	1	2	2	2
6	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	人	28	28	27	29	29	29	29	29

※令和2年度は令和2年6月までの実績値をもとに推計した数値

○【予防給付】地域密着型サービスの種類別利用量の推移及び推計（１か月あたりの利用量）

No.	区分		第7期実績値			第8期計画値			令和7年度 (2025)	令和22年度 (2040)
			平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)		
1	介護予防 認知症対応型通所介護	回	7.3	13.5	8.2	23.1	23.1	23.1	23.1	23.1
		人	1	2	1	3	3	3	3	3
2	介護予防小規模 多機能型居宅介護	人	1	1	0	1	2	4	4	4

※令和2年度は令和2年6月までの実績値をもとに推計した数値

【施設サービスの推計】

○【介護給付】施設サービスの種類別利用者数の推移及び推計（１月あたりの利用者数）

No.	区分		第7期実績値			第8期計画値			令和7年度 (2025)	令和22年度 (2040)
			平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)		
1	介護老人福祉施設	人	110	110	104	114	114	114	114	123
2	介護老人保健施設	人	98	98	99	100	103	105	112	112
3	介護療養型医療施設	人	49	41	34	31	31	31		
4	介護医療院	人	0	4	22	23	23	23	54	54

※令和2年度は令和2年6月までの実績値をもとに推計した数値

【軽度者向けサービスの推計（地域支援事業）】

○軽度者向けサービス種類別利用者数の推移及び推計（1月あたりの利用者数）（人）

No.	区分	第7期実績値			第8期計画値			令和7年度 (2025)	令和22年度 (2040)
		平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)		
1	訪問介護	34	32	35	35	35	35	34	28
2	通所介護	58	58	59	59	59	60	57	47
3	通所型サービス A	9	14	14	14	14	14	14	11
4	通所型サービス B	4	6	7	8	8	8	8	7
5	その他の生活支援サービス	35	27	25	25	25	25	24	23

※令和2年度は令和2年6月までの実績値をもとに推計した数値

■ **主な取組**

① **社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度事業**

低所得者の介護保険サービスの利用促進を図るため、社会福祉法人による利用者負担軽減に対し、補助金を交付します。

② **養護老人ホームへの措置**

経済的、環境的な理由により自宅で生活することが困難な 65 歳以上の人に対し、生活の場や社会活動へ参加する機会を提供するために、養護老人ホームへの入所措置を行います。

③ **総合福祉給付金**

在宅の寝たきり高齢者の生活の向上と、介護者の労をねぎらうため、援護金を贈呈します。

④ **家族介護者交流事業**

介護や認知症に関する不安や課題を抱える家族が地域で孤立しないよう、同じ悩みを持つ家族同士が交流できる家族介護教室や交流会を開催します。

⑤ **ユニバーサルデザインの街づくり**

東京 2020 オリンピック・パラリンピック競技大会の開催を機に、公共施設や商業施設におけるバリアフリー水準の底上げを図り、高齢者でも移動しやすく生活しやすい街づくりに取り組みます。

また、町のコミュニティバスを周知し、高齢者の社会参加や外出を促します。

基本施策 2 持続可能な介護保険制度の運営

《施策の方向性》

介護保険制度への信頼と持続可能性を維持するため、介護を必要とする人に必要なサービスが提供されるよう、効果的な人材確保対策とケアプラン点検などを通じた給付の適正化・効率化に努めます。

○基本施策 2 における成果指標と目標値

成果指標	現状値 (年度)	令和 5 年度 目標値	指標の説明
主任介護支援専門員研修の開催回数	5 回 (R1)	12 回	主任介護支援専門員研修会の開催回数

【施策の柱 2-1】 介護人材の確保・育成とサービスの質の向上

高齢者の生活を支える介護サービスを将来にわたって継続して提供するためには、介護人材の確保と育成が不可欠であるため、社会福祉協議会のアライアンス・ネットワーク会議などの仕組みを活用し、各介護事業者が協働して介護人材確保対策に取り組むことを支援します。

■ 主な取組

① 介護支援専門員の資質・専門性の向上に対する支援

主任介護支援専門員研修会などを開催し、介護保険制度の基本理念である利用者本位、自立支援、公正中立等の考え方を共有するとともに、地域ケア会議等を通じて介護支援専門員としての資質の向上を図ることにより、利用者の自立支援に資する適切なケアマネジメントの実践に努めます。

② 介護人材の確保に向けた取組

介護事業所における介護人材の確保と定着を図るため、町内の事業所に勤務する人に対し、介護職員初任者研修受講料の一部を助成します。

また、介護や福祉に関する各種セミナーや講習会等を広く広報し、担い手のすそ野を広げる取組を推進します。

③ 介護事業所のサービスの質の向上

サービスの質の確保・向上を図るため、御殿場市と合同で行う「介護事業者意見交換会」を年数回開催するほか、町内介護事業所に対する情報提供や連絡会を行い、日常的に相談や協議ができる関係づくりに努めます。

④事業者の指定と指導

町が指定・指導監督権限を持つ地域密着型サービス、居宅介護支援、介護予防・日常生活支援総合事業等について、公正な手続きに基づき、事業者指定、指導、勧告・命令、指定の取り消しなどを行います。

【施策の柱 2-2】 保険給付の適正化・効率化の推進（第5期小山町介護給付適正化計画）

介護保険制度への信頼と持続可能性を高め、限られた資源を効率的・効果的に活用するため、介護給付の適正化に取り組みます。

【介護給付適正化計画について】

市町村介護保険事業計画のうち、介護給付等に要する費用の適正化に関する部分が「市町村介護給付適正化計画」とされています。本町においても、これまで4期にわたりこの計画を策定し取り組んできました。

今般、国の指針に基づき、本章において、令和3年度から令和5年度までを期間とする「第5期小山町介護給付適正化計画」を定めます。

【介護給付適正化の目的】

介護給付の適正化は、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サービスを過不足なく提供するよう促すことや、その結果として図られる介護給付費の抑制を通じて介護保険制度への信頼を高め、持続可能な制度とすることを目的にしています。

【基本的考え方】

介護給付の適正化は、保険者が本来発揮すべき機能の一つであり、自らが主体的・積極的に取り組むことで町民への責任が果たされるものと考えます。

このため、これまでの適正化事業を振り返り、実施や効果が不十分だった事業についてはその要因や対策を検討し、県から示された方針や目標を踏まえ、次期計画期間における取組を設定します。

■主な取組（第4期介護給付適正化計画の検証と次期計画における取組）

①要介護（要支援）認定の適正化

第4期では、居宅介護支援事業者などに委託した要介護（要支援）認定の調査結果を全件点検し、その結果を認定調査員へ伝達したほか、県が主催する認定調査に関する研修を受講し、認定調査員ごとの差異の是正を図りました。

認定調査の質の向上を目的とした認定調査員との意見交換会（研修）は、令和2年度は3回開催しました。

	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
担当職員等 点検数	全件 (全件)	全件 (全件)	全件 (全件)	全件	全件	全件
認定調査員 意見交換会	3回 (6回)	0回 (6回)	3回 (6回)	4回	4回	4回

※令和2年度までは実績値（括弧書きは目標値）、令和3年度以降は計画値

次期計画では、引き続き、調査結果の全件点検と研修の受講を行うとともに、認定調査員との意見交換会を四半期ごとに開催します。

②要介護（要支援）認定結果通知の迅速化

要介護（要支援）認定申請があつてから結果を通知するまでの事務処理期間は原則として30日以内とされていますが、本町では、主治医意見書の作成に時間を要するケースが多いなどの要因により、平均事務処理期間が30日を超えていることが課題となっています。

第4期では、令和元年度をみると、本町の平均事務処理期間は40.1日となり、県平均35.1日と比べて大きく下回っています。

※令和2年度は、新型コロナウイルス感染症の影響により多くのケースで有効期間を延長したため、審査件数自体が大幅に減少しました。

	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
通知までの 平均処理期間	43.1日 (37.9日)	40.1日 (37.0件)	34.3日 (36.0日)	35.0日	34.0日	33.0日

※令和2年度までは実績値（括弧書きは目標値）、令和3年度以降は計画値

次期計画では、通知までの期間を短縮するため、主治医意見書の進捗状況を管理し提出が遅れている場合に督促を行うほか、後述する介護認定審査会の簡素化による効果も見込み、事務処理期間の短縮を目指します。

なお、令和3年度は、コロナ禍の影響で有効期間を延長した分の事務処理が増加すると見込まれますが、本町では申請から認定調査まで迅速に行える人員体制を整えていることから、大きな影響はないと見込んでいます。

③介護認定審査会の簡素化

認定結果通知までの事務処理期間短縮と認定審査会委員や職員の事務処理負担軽減を目的に、令和3年度から、認定審査会事務の簡素化を図ります。具体的には、長期にわたり心身状態が安定している利用者の更新認定では、審査会において一覧表形式で確認するなどの取組を行います。

④ケアプランの点検

介護給付適正化システムを利用したケアプラン点検は、第4期では、おおむね計画どおりに実施し、点検したケアプランを担当する介護支援専門員の「気づき」を促すことができました。

	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
ケアプランの 点検件数	1件 (2件)	0件 (2件)	4件 (2件)	2件	2件	2件

※令和2年度までは実績値（括弧書きは目標値）、令和3年度以降は計画値

次期計画では、引き続き、各年度で2件のケアプラン点検を行います。

⑤住宅改修等の点検

住宅改修の申請時に、利用者宅の実態把握や見積書の確認、竣工時の訪問による状況確認などを行い、改修が自立支援につながるよう適正化を図ります。

第4期では、書面点検を全件で、現地調査を2件実施しました。

また、福祉用具貸与についても、利用者への訪問などにより必要性や利用状況の確認を行いました。

	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
住宅改修点検 数（書面）	全件 (全件)	全件 (全件)	全件 (全件)	全件	全件	全件
住宅改修調査 数（現地）	2件 (2件)	2件 (2件)	2件 (2件)	2件	2件	2件

※令和2年度までは実績値（括弧書きは目標値）、令和3年度以降は計画値

次期計画では、引き続き、同様の点検・調査を行います。

⑥縦覧点検・医療情報との突合

複数月をまたがる介護報酬の支払状況を確認し、サービスの整合性や算定回数等の誤りを発見する縦覧点検と、入院情報等と照らし合わせて整合性を確認し重複請求等の誤りを発見する医療情報との突合を静岡県国民健康保険連合会（国保連）へ委託して実施しています。

第4期では、いずれも計画どおり毎月実施しました。この結果、令和元年度では、4件・14,500円の過誤申し立てにつながりました。

また、町職員が介護給付費適正化システムの帳票を活用し、認定調査結果と実際に利用しているサービスとの整合性を点検しました。

	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
縦覧点検回数	毎月 (毎月)	毎月 (毎月)	毎月 (毎月)	毎月	毎月	毎月
医療情報突合 回数	毎月 (毎月)	毎月 (毎月)	毎月 (毎月)	毎月	毎月	毎月
システム帳票に よる確認回数	1件 (2件)	1件 (2件)	1件 (2件)	1件	1件	1件

※令和2年度までは実績値（括弧書きは目標値）、令和3年度以降は計画値

次期計画では、引き続き、同様の点検を行います。

⑦介護給付費通知

全ての利用者に対し、介護サービスの利用状況やその費用等を通知することにより、利用しているサービスや介護保険制度への関心を高めます。

	平成30年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和2年度 (2020)	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)
介護給付費通 知回数	2回 (2回)	2回 (2回)	2回 (2回)	2回	2回	2回

※令和2年度までは実績値（括弧書きは目標値）、令和3年度以降は計画値

次期計画では、引き続き、同様の通知を行います。

⑧文書負担軽減・押印廃止に向けた取組

介護分野の文書に係る負担軽減を図るため、国が示す法令や通達に基づき、各種申請様式・添付書類や手続きに関する簡素化、様式例の活用による標準化、書類への押印の廃止などに取り組めます。

また、これまで、慣例的に町民や介護事業者から書面での提出、押印、対面での手続きを求めているものについても見直しを行い、積極的な文書負担軽減・押印廃止を促進します。

基本施策 3 感染症対策・災害対策

《施策の方向性》

高齢者の生活を支える介護サービスは、災害発生時や感染症まん延時でも欠かすことのできない重要な機能です。町内介護事業所や関係機関との連携を強化し、日頃からの防災対策や感染防止対策を促すとともに、有事の際でも介護サービスが提供できるよう、業務継続計画の策定を支援します。

○基本施策 3 における成果指標と目標値

成果指標	現状値 (年度)	令和 5 年度 目標値	指標の説明
介護事業者の業務継続計画（BCP）の策定割合	38.5% (R2)	100%	感染症発生時の「業務継続計画（BCP）」を策定している介護サービスの割合

【施策の柱 3-1】 感染症対策

新型コロナウイルス感染症の流行により、介護事業者の感染症への対応力強化の必要性が改めて認識されました。施設やサービスの特性を踏まえ、感染症対策を徹底しながら、地域において必要な介護サービスを継続的に提供していく体制を確保します。

■ 主な取組

① 感染症対策の強化

介護保険施設等の機能維持及び施設内感染防止のため、介護事業者や関係機関とのネットワークを強化し、不断の感染防止対策を促すとともに、地域の感染状況に応じた各種支援や助成を行います。

② 業務継続に向けた取組の強化

感染症が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築するため、全ての介護サービスを対象に、国が示す「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」に沿った業務継続計画の策定を支援します。

【施策の柱 3-2】 災害対策

近年、大規模な自然災害が頻発しており、本町でも、令和元年の台風 19 号により高齢者施設が甚大な被害を受けました。施設入所者やサービス利用者の生命を守るとともに、災害発生時にも地域において必要な介護サービスを継続的に提供していく体制を確保します。

■ 主な取組

① 地域と連携した災害対応の強化

災害への対応においては、地域との連携が不可欠であることを踏まえ、特に施設サービスを対象に、日頃から地域に開かれた事業運営を実践し、近隣住民の避難訓練への参加を得るなど、災害時に互いに助け合って対応できる関係を構築するよう促します。

② 業務継続に向けた取組の強化

自然災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築するため、全ての介護サービスを対象に、国が示す「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」に沿った業務継続計画の策定を支援します。

第 3 編

給付費の推計と 介護保険料

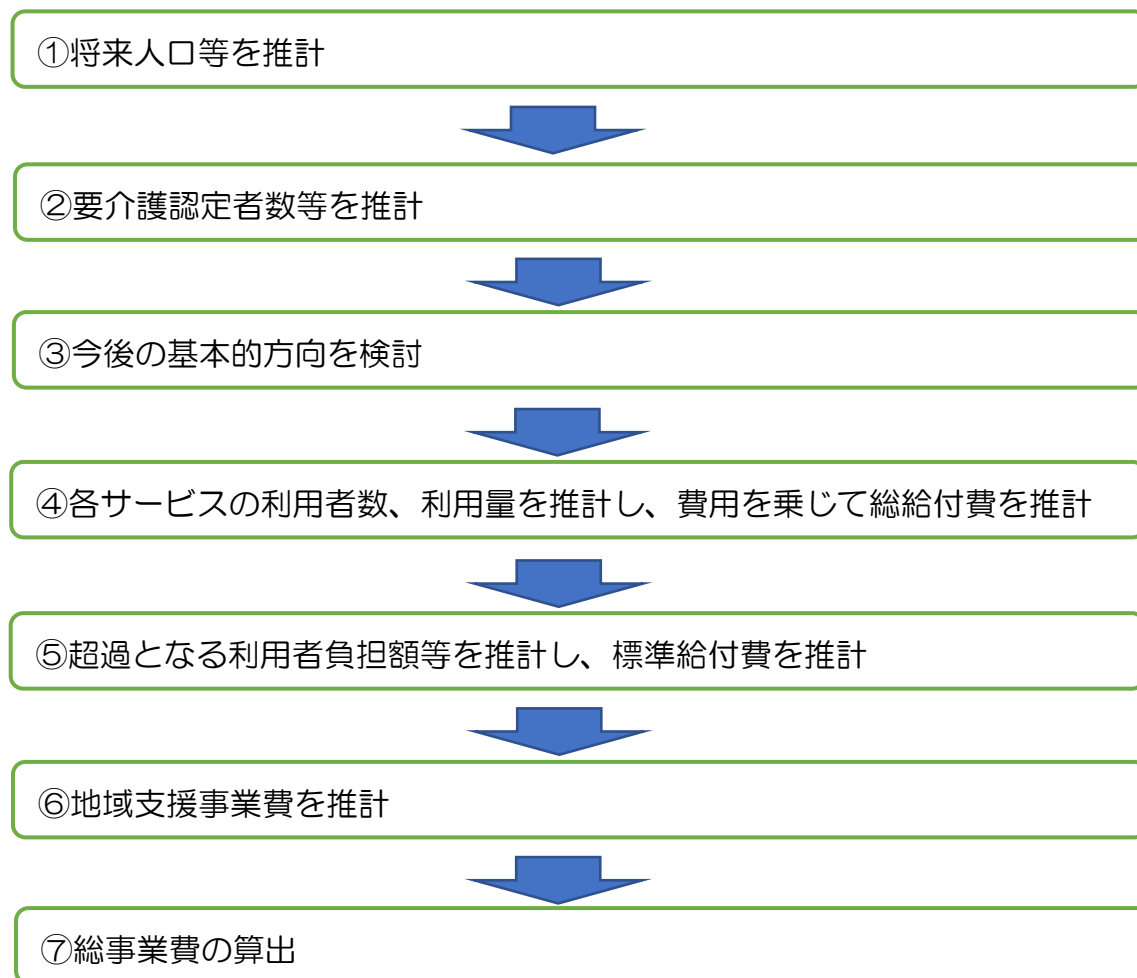
第1章 介護保険事業費の見込み

第1節 総事業費算定手順

計画期間の総事業費は、下図の流れに従い算出します。

まず、①将来人口と高齢化率等を推計し、②要介護認定率と要介護認定者数などを推計します。③今後の基本理念や目標を定め、これを実現するための施策を検討します。これをもとに④予防給付・介護給付別に各サービスの利用者数、利用量を推計し、それに各サービスの費用を乗じて総給付費を推計します。次に⑤所定の利用者負担限度額を超えた場合に支給される費用等を推計し、標準給付費を推計します。その後、⑥軽度者向けのサービスや、介護予防・フレイル予防に関する事業（地域支援事業）に要する費用を推計し、⑦最後にこれら費用を合算し総事業費を算出します。

○保険料算出フロー



第2節 介護給付費等の見込み

第8期計画期間における介護保険給付費等の見込みは以下の表のとおりです。

(1) 総給付費

① 予防給付費

(単位：千円)

	第8期計画期間			令和7年度 (2025)	令和22年度 (2040)
	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)		
介護予防サービス					
介護予防訪問入浴介護	506	506	506	506	506
介護予防訪問看護	2,288	2,289	2,289	2,289	2,289
介護予防訪問リハビリテーション	0	0	0	0	0
介護予防居宅療養管理指導	661	662	769	769	891
介護予防通所リハビリテーション	10,012	10,496	10,496	10,496	10,496
介護予防短期入所生活介護	1,932	1,933	1,933	1,933	1,933
介護予防短期入所療養介護 (老健)	566	566	566	566	566
介護予防短期入所療養介護 (病院等)	0	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護 (介護医療院)	0	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	7,978	8,075	8,259	8,249	8,442
特定介護予防福祉用具購入費	616	616	616	616	616
介護予防住宅改修	3,178	3,178	3,178	3,178	3,178
介護予防特定施設入居者生活介護	7,423	7,427	7,427	9,671	9,671
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	1,993	1,994	1,994	1,994	1,994
介護予防小規模多機能型居宅介護	564	1,541	3,083	3,083	3,083
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0	0	0
介護予防支援	5,336	5,450	5,450	5,562	5,617
予防給付費計①	43,053	44,733	46,566	48,912	49,282

②介護給付費

(単位：千円)

	第 8 期計画期間			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)		
居宅サービス					
訪問介護	58,780	59,432	60,564	59,295	69,075
訪問入浴介護	6,115	6,119	7,045	6,327	8,439
訪問看護	19,201	20,355	21,634	22,709	28,344
訪問リハビリテーション	305	608	608	608	608
居宅療養管理指導	3,949	3,900	4,061	4,123	4,580
通所介護	155,964	155,491	155,824	159,314	181,877
通所リハビリテーション	58,884	61,220	61,218	63,029	71,323
短期入所生活介護	85,995	86,372	88,565	87,433	97,075
短期入所療養介護（老健）	6,424	6,427	6,427	6,427	6,427
短期入所療養介護（病院）	3,507	4,598	4,598	4,598	5,494
短期入所療養介護（介護医療院）	790	790	790	790	790
福祉用具貸与	43,602	43,573	43,868	43,740	49,560
特定福祉用具購入費	1,142	1,171	1,394	1,394	1,748
住宅改修	3,343	3,343	4,837	4,837	6,230
特定施設入居者生活介護	53,184	55,648	57,536	79,520	83,906
地域密着型サービス					
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	0	0	0	0	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0	0	0
地域密着型通所介護	33,289	35,954	36,605	36,605	41,084
認知症対応型通所介護	29,910	28,881	28,881	28,540	33,656
小規模多機能型居宅介護	3,275	8,729	14,921	14,921	14,921
認知症対応型共同生活介護	53,114	59,437	72,409	72,348	91,492
地域密着型 特定施設入居者生活介護	0	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護	86,428	86,476	86,476	86,476	86,476
看護小規模多機能型居宅介護	2,415	2,416	4,470	4,470	4,470
居宅介護支援	57,589	57,277	57,451	58,997	66,753
施設サービス					
介護老人福祉施設	324,703	324,883	324,883	324,883	353,932
介護老人保健施設	313,367	323,501	329,966	352,564	352,564
介護医療院	84,669	84,716	84,716	203,261	203,261
介護療養型医療施設	130,541	130,614	130,614		
介護給付費計②	1,620,485	1,651,931	1,690,361	1,727,209	1,864,085
総給付費①+②	1,663,538	1,696,664	1,736,927	1,776,121	1,913,367

(2) 標準給付費見込額

(単位：千円)

	第 8 期計画期間			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)		
総給付費	1,663,538	1,696,664	1,736,927	1,776,121	1,913,367
その他の事業費					
特定入所者介護サービス費等	43,090	38,688	39,352	40,350	43,617
高額介護サービス費等	30,963	31,070	31,615	32,416	35,042
高額医療合算介護サービス費等	3,365	3,443	3,615	595	643
審査支払手数料	912	934	950	974	1,053
標準給付費	1,741,868	1,770,799	1,812,459	1,850,456	1,993,722

(3) 地域支援事業費

(単位：千円)

	第 8 期計画期間			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)	令和 5 年度 (2023)		
介護予防・日常生活支援総合事業費	43,069	43,225	43,723	42,460	37,552
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	32,479	32,479	32,479	32,479	32,479
包括的支援事業費（社会保障充実分）	27,794	27,794	27,794	27,794	27,794
地域支援事業費計	103,342	103,498	103,996	102,733	97,825

(4) 総事業費

(単位：千円)

	第 8 期計画期間			令和 7 年度 (2025)	令和 22 年度 (2040)
	令和 3 年 (2021)	令和 4 年 (2022)	令和 5 年 (2023)		
標準給付費	1,741,868	1,770,799	1,812,459	1,850,456	1,993,722
地域支援事業費	103,342	103,498	103,996	102,733	97,825
総事業費	1,845,210	1,874,297	1,916,455	1,953,189	2,091,547

第3節 第1号被保険者介護保険料の設定

(1) 第8期介護保険料基準額

(単位：円・人)

	令和3年度 (2021)	令和4年度 (2022)	令和5年度 (2023)	合 計
総事業費 (A)	1,845,210,413	1,874,296,831	1,916,455,427	5,635,962,671
第1号被保険者負担分相当額 (B)【A×第1号被保険者 負担割合23%】	424,398,395	431,088,271	440,784,748	1,296,271,414
調整交付金所要額 (C)【調整交付金相当額 －調整交付金見込額】	12,851,871	22,131,192	24,130,121	59,113,184
介護給付費準備基金等充当額 (D)				0
保険者機能強化推進交付金等 の交付見込額 (E)				9,000,000
保険料収納必要額 (F)【B+C-D-E】				1,346,384,598
予定保険料収納率 (G)				平均収納率 99.0%
第1号被保険者数(補正後) (H)	6,048	6,093	6,146	18,287
保険料基準額(年額) (I)【F÷G÷H】				74,368
保険料基準額(月額:参考) (J)【I÷12】				6,197

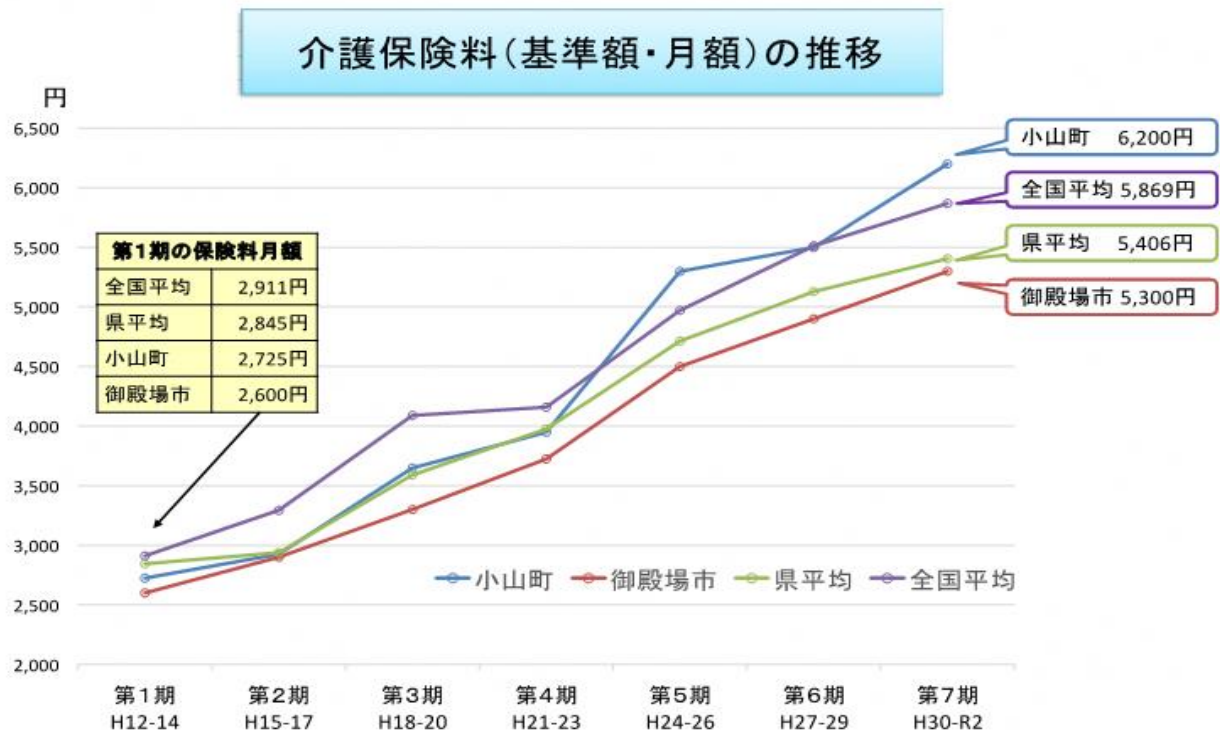
以上により、本町の第8期計画期間における第1号保険料基準額を年額 74,400 円
(月額 6,200 円)と設定します。

(参考)

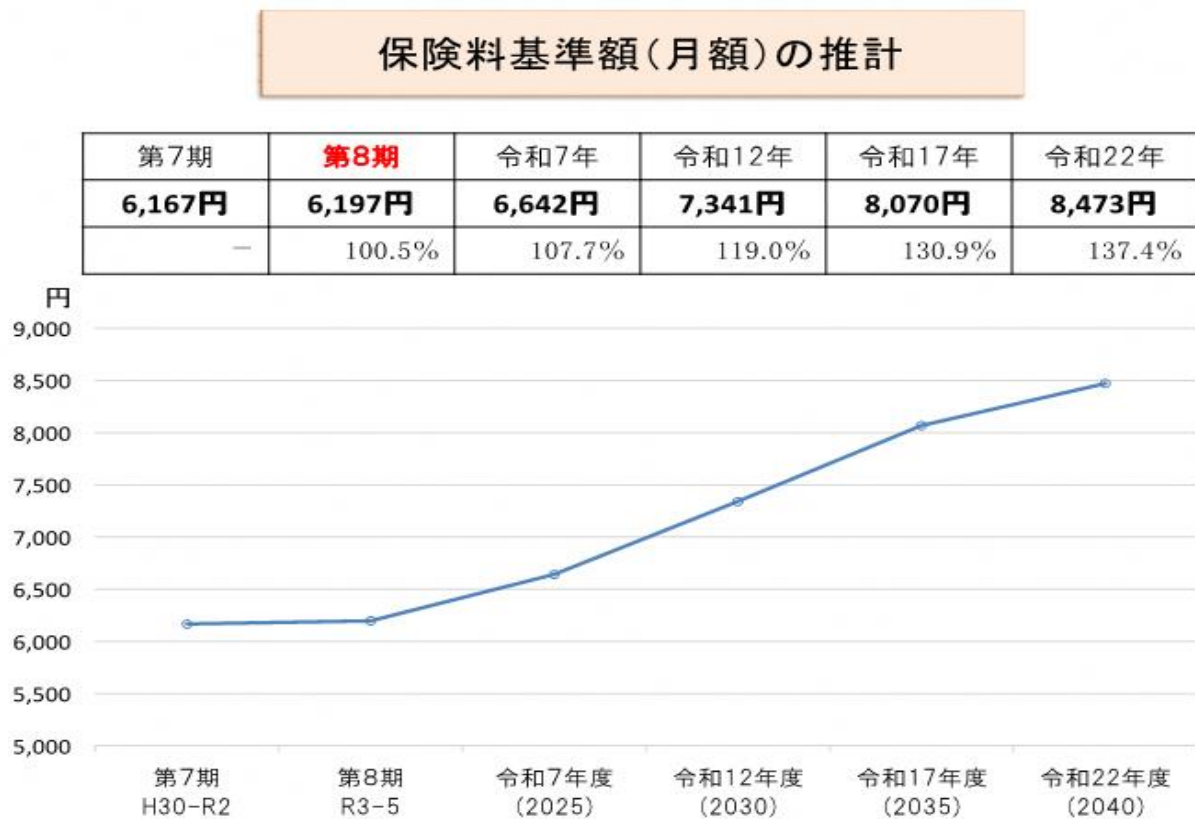
本町における第1号被保険者介護保険料の推移は、次ページのグラフ1のとおりです。第7期の介護保険料をみると、県平均の5,406円、国平均の5,869円より高くなっています。

また、今後の保険料基準額の推計はグラフ2のとおりです。上昇傾向が続き、令和22年には8,473円になると見込まれています。

(グラフ1)



(グラフ2)



(2) 所得段階別の保険料及び保険料基準額に対する割合

65 歳以上の人がある第 1 号保険料額は、保険料基準額をもとに、所得段階に応じて決まる仕組みとなっています。

所得段階は、これまでと同様の 10 段階と設定し、それぞれ次のとおり保険料額を設定します。

所得段階	所得等の条件	保険料基準額 に対する割合	保険料 (年額)	保険料 (月額)
第 1 段階	生活保護者、老齢福祉年金受給者等及び世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円以下	0.3	22,300 円	1,860 円
第 2 段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円超 120 万円以下	0.5	37,200 円	3,100 円
第 3 段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等 120 万円超	0.7	52,000 円	4,340 円
第 4 段階	本人が住民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円以下	0.9	66,900 円	5,580 円
第 5 段階	本人が住民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円超	基準額	74,400 円	6,200 円
第 6 段階	本人が住民税課税で合計所得金額 120 万円未満	1.2	89,200 円	7,440 円
第 7 段階	本人が住民税課税で合計所得金額 120 万円以上 210 万円未満	1.3	96,700 円	8,060 円
第 8 段階	本人が住民税課税で合計所得金額 210 万円以上 320 万円未満	1.5	111,600 円	9,300 円
第 9 段階	本人が住民税課税で合計所得金額 320 万円以上 500 万円未満	1.7	126,400 円	10,540 円
第 10 段階	本人が住民税課税で合計所得金額 500 万円以上	1.75	130,200 円	10,850 円

※保険料額（月額）は目安です。

● 第2章 計画の推進と評価

第1節 計画の推進

これからの高齢社会を支えるためには、地域住民の理解と協力が必要です。

小山町の特性を活かした地域づくりや継続的な地域福祉の推進のため、住民活動の育成と支援や助成に努め、さらには、高齢者が安心して健康に過ごせるよう、保健・医療・介護・福祉サービスが包括的に受けられる体制づくりの構築を目指します。

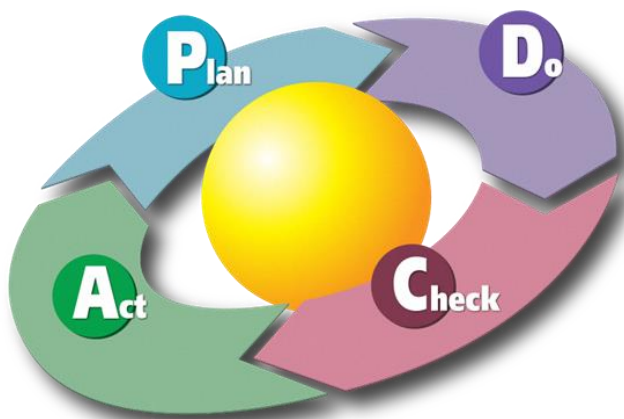
医療・介護サービス事業者、社会福祉協議会、行政の関係各課とも連携を図り、一体的に推進します。

また、県の取組方針等も踏まえながら、介護を必要とする高齢者を適正に認定し、利用者の尊厳と自立支援の視点で真に必要なサービスを、サービス事業者がルールに従って適切に提供することができるよう、給付適正化対策を推進します。

第2節 計画の評価

計画の点検、評価を行うための指標とするため調査等を行い、制度の浸透状況や町民の意向を把握します。

住民満足のため、「計画⇒実施⇒検証評価⇒改善 (Plan・Do・Check・Action)」の全ての段階に住民が参加し、住民とともに継続的に、柔軟に実施していくことで、住民満足度の向上を図ります。



* PDCAサイクル *

計画 (Plan) を立て、それを実行 (Do) し、実行の結果を評価 (Check) してさらに事業や計画を見直し改善 (Action) を行うという一連の流れを継続的に行うこと

資 料 編

2-2

地域共生社会の実現に向けた取組 〈地域福祉〉

誰もが安心して暮らせるよう、地域で互いに支え合うことを目的とします

仕事

ひと

少子化

安心・地域



■現状と課題

少子高齢化の進行や長引く景気の低迷、家庭や地域の連帯感の希薄化などにより、福祉支援を必要とする人々の生活は一層厳しい状況に置かれています。また、近年、いわゆる8050問題^{※1}、親の介護と育児を同時に行っているダブルケア、引きこもりなど、個人や世帯が抱える課題が複雑化、複合化してきています。

これらの課題を地域全体の問題と捉えて関係機関が連携し、高齢者、障がい者、生活困窮者等の区別なく（属性を問わず）、その人に寄り添った相談・支援や多様なつながりを育てる地域づくりを促進する体制を整え、誰も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ができる、「地域共生社会」の実現を目指す必要があります。

■目標（指標）

指標名	現状値 (計画策定時)	目標値 (R7)	指標の説明
「町民が地域で互いに支え合って暮らしている」と回答する町民の割合	57%	70%以上	町民意識調査
「地域福祉のためのボランティア活動等に、進んで参加したい」と回答する町民の割合	36%	55%以上	町民意識調査
「地域(近所)において、自身や家族の悩み事などを真剣に相談できる人間関係が構築されている」と回答する町民の割合	30%	55%以上	町民意識調査
「障がいのある人が社会参加し、自立している」と回答する町民の割合	24%	55%以上	町民意識調査
「町内でユニバーサルデザインの実践が推進されている」と回答する町民の割合	18%	50%以上	町民意識調査
居場所の箇所数	63箇所	80箇所	「ふれあい茶論」や「自主運動教室」など住民主体の居場所の数
地域生活課題に関する相談件数	340件 (R2見込み)	500件	行政や関係機関に寄せられた個人・世帯・地域の様々な困りごとの件数 (包括的支援体制構築事業での取組)
権利擁護支援センター事業における相談件数	30件 (R1)	45件	財産・身分の保護や成年後見制度の利用など権利擁護に関する相談件数
就労継続支援事業の利用者数	59人 (R1)	70人	就労継続支援 A 型・B 型により就労や能力開発を行っている障がい者の人数 (障害福祉サービス受給決定者数)

■施策の方向（主な取組）

（1）属性を問わない包括的支援体制の構築

①包括的支援体制の構築

制度の狭間の問題や複合化した課題等に対し横断的に対応できるよう、社会福祉協議会や地域包括支援センターと連携して生活困窮者自立相談支援事業などを実施することにより、制度の垣根を超えた属性を問わない相談・支援体制を構築（包括的支援体制構築事業^{※2}）します。

②ボランティアや認知症サポーターなど担い手の確保

福祉ボランティア、災害ボランティアの確保や育成などが行えるよう、効果的なコーディネート体制を構築します。また、認知症サポーター、はつらつ元気サポーター、ふれあい茶論運営協力者など、自主的地域活動の担い手の拡充を図ります。

③住民参加の支援と地域で支え合う体制づくり

課題を抱える個人や世帯を地域が支え地域で解決を試みることができるよう、自主的な住民参加活動を支援するとともに、高齢者見守りネットワーク^{※3}の活用などにより、町民がお互いの変化に気づける地域コミュニティづくりを促進します。また、障がい者の生活を地域全体で支えるため、地域生活支援拠点^{※4}の機能強化を図ります。

④意思決定支援と権利擁護の体制づくり

障がいや認知症などにより判断能力が不十分な状態であっても、本人の意思が尊重され自分らしく暮らせるよう、権利擁護支援センター事業^{※5}を核として権利擁護に関する総合的な対策を講じます。

⑤交流の場づくり

「ふれあい茶論^{※6}」、「自主運動教室^{※7}」、「夢咲処」、「オレンジカフェ」などを充実させ、誰もが気軽に参加できる交流の場（居場所）を増やします。また、町内各区・各団体などと連携し、閉じこもりがちな高齢者などへ参加を呼びかけます。

⑥外出支援・就労支援と在宅サービスの向上

障がい者や高齢者などの外出や就労を支援するため、移動支援事業やコミュニティバスの充実を図るとともに、雇用機会を拡大するため関係機関へ働きかけます。また、一般就労が難しい人に対して福祉的就労や能力向上の機会を提供する就労継続支援事業^{※8}を行う施設・事業所を支援します。

⑦地域福祉の組織化

社会福祉協議会と連携し、民生委員・児童委員協議会、御殿場・小山障害者自立支援協議会、介護・福祉サービス事業者など、地域福祉を推進する資源となる各種団体とのネットワークを強化します。

（2）ユニバーサルデザイン^{※9}の推進

①「心のバリアフリー」^{※10・※11}の推進

東京2020オリンピック・パラリンピック競技大会（以下、「東京大会」）の開催を機に、様々な心身の特性や考え方を持つすべての人々が、相互に理解を深めようとコミュニケーションをとり、支え合うことが出来る社会を目指し、「心のバリアフリー」に関する指導を学校教育に取り入れるなど、正しい知識や情報の普及・啓発に努めます。

②「ユニバーサルデザインの街づくり」^{※11}

東京大会のホストタウンとして、町道整備や観光拠点での案内表示の改善のほか、公共施設、宿泊施設、商業施設などにおけるバリアフリー水準の底上げを図り、障がいの有無にかかわらず誰もが移動しやすく生活しやすい街づくりに取り組みます。

町民・事業者の主な協働イメージ

- 地域の人の困りごとや変化に気づき、互いに支え合える関係を築けるよう、日頃からの近所付き合い、世代を超えた声がけ・あいさつを大切にします。
- 美化運動をはじめ地域の人と一緒に活動できる場を大切に、地区や班の活動に進んで参加します。
- 従業員に対し、地区の活動への積極的な参加を促します。
- 障がいに関する知識や、障がいを持っている人への接し方を学び、積極的にコミュニケーションを取るよう心掛けます。
- 高齢者や障がい者が、意欲と能力に応じていつまでも働くことができるよう、多様な就労機会の提供や雇用の拡充に努めます。

用語解説

※1 8050問題（ハチマルゴーマル問題）：

高齢の親（80歳代）とひきこもりの子（50歳代）が地域や社会から孤立して生活していることに起因し、介護、生計維持、就労支援、生活支援などの不安や困りごとが複合化・深刻化・潜在化する問題。

※2 包括的支援体制構築事業：

社会福祉協議会及び地域包括支援センターに「地域福祉コーディネーター・相談支援包括化推進員」及び「生活支援コーディネーター」を置き、行政との協働により分野や制度を超えた相談・支援などを行う事業（令和2年度創設）。

※3 高齢者見守りネットワーク：

町民や事業者が、日頃の生活や仕事の中で高齢者の気になるサインに気づいた際に、地域包括支援センターなどへ連絡していただく取組。高齢者を地域全体で支え、適切な支援に繋げることができる。

※4 地域生活支援拠点：

障がい者の重度化・高齢化や「親亡き後」を見据え、「相談」、「緊急時の受入れ・対応」、「体験の機会・場」、「専門的人材の確保・養成」及び「地域の体制づくり」の5つ機能を整備し、障がい者を地域全体で支える取組。

※5 権利擁護支援センター事業：

行政及び社会福祉協議会が協働し、判断能力が不十分な人に対する相談・支援、権利擁護及び成年後見制度に関する普及・啓発、市民後見人の養成など、関連事業を一体的に行う事業（令和2年度創設）。

※6 ふれあい茶論：

社会福祉協議会が町内各地区の公民館等で実施しているサロン活動。概ね65歳以上の人を対象に、軽い運動やレクリエーションを多数の運営協力委員が自主的に行っている。誰でも参加可能。〔委託事業〕

※7 自主運動教室：

各地区の単位シニアクラブや有志により実施されている運動教室で、主に高齢者を対象に、インストラクターを招いての運動、ノルディックウォーキング、ストレッチなどを行っている。

※8 就労継続支援A型・B型：

一般就労が難しい人に対し、就労と職業訓練などの機会を提供する障害福祉サービス。事業所と雇用契約を結び賃金が支払われるA型と、雇用契約は結ばず作業工賃が支払われるB型がある。

※9 ユニバーサルデザイン：

障がいの有無、性別、人種等に関わらず多様な人々が利用しやすいようあらかじめ都市や生活環境をデザインする考え方。ここでは、国民の意識や行動に働きかける取組み（「心のバリアフリー」）も含めた共生の社会づくりを目指す概念として用いる。

※10 バリアフリー：

建築分野において段差等の物理的障壁の除去を指すことが多いが、より広く、障がいのある人の社会参加を困難にしている社会的、制度的、心理的な障壁の除去という意味でも用いられる。

※11 「心のバリアフリー」、「ユニバーサルデザインの街づくり」：

政府の「ユニバーサルデザイン2020行動計画」に示されている二つの方向性。東京大会を機に、心のバリアフリーとより高い水準のユニバーサルデザイン化を推進し、東京大会以降のレガシーとして残していくための取組み。

生涯を通じての健康づくりとフレイル予防を推進し、保健・医療・介護サービスを一体的・包括的に提供できるよう努めます

仕事

ひと

少子化

安心・地域

10 人や国の不平等をなくそう



■現状と課題

小山町の医療・介護の状況を統計的に見ると、高血圧症、脂質異常症、糖尿病の人が県平均に比べて有意に多く、それら疾病に起因する脳血管疾患や心疾患により死亡する人や、重度の要介護状態となり病院や介護施設に入院・入所する人が多くなっています。

高齢者が住み慣れた地域で自立した生活をおくるためには、若年層に対する生活習慣病予防、元気高齢者に対するフレイル^{※1}予防など、生涯を通じた健康づくりを推進するとともに、医療・介護が必要な状態になった際には必要なサービスが適切に提供される仕組みづくりが求められています。

■目標（指標）

指標名	現状値 (計画策定時)	目標値 (R7)	指標の説明
「町民が主体的に健康づくりに取り組んでいる」と回答する町民の割合	44%	55%以上	町民意識調査
「高齢者が自立していきいきと暮らしている」と回答する町民の割合	45%	55%以上	町民意識調査
お達者度	男性17.25年 女性21.75年 (R2公表値)	男性18.00年 女性22.00年	65歳から元気で自立して暮らせる期間 (要介護2以上の認定を受けていない期間)
特定健康診査の受診率	50.9% (H30)	60%	40歳以上の国民健康保険被保険者に 係る健診を受診した割合
居場所等への専門職派遣人数	50人 (R2見込み)	100人	一体的実施による高齢者の居場所や 介護予防事業へ派遣した各種専門職 の延べ人数
令和7年度において要介護2以上 と認定される高齢者の割合	9.63% (自然体推計)	9.50%	65歳以上高齢者(第1号被保険者)の うち、要介護認定において要介護2以 上と認定された人の割合
75歳時点で健康な状態を維持でき ている人の割合	19% (R2見込み)	24%	フレイル健診をはじめて受診した75歳 の人のうち、質問票の15項目全てで 該当(健康課題)が無い人の割合

■施策の方向（主な取組）

（1）生涯を通じての健康づくりとフレイル予防

①健康寿命の延伸に向けた推進体制の充実

生涯を通じた保健事業や、高齢者に対するフレイル予防・介護予防を効果的に実施するため、庁内関係部局及び関係機関が重層的に連携・協働し、横断的な対応ができる体制を充実させます。

②健康意識の向上

町民の健康に関する意識の向上を図り、若年からの健康づくりや疾病予防を促すため、「健康フェスタ」や「健康講座」などの開催、「8020運動^{※2}」の推進、栄養・食生活に関する啓発、地域活動への参加を促す広報、高齢者の居場所におけるフレイルチェックなどを実施します。

③自主的な健康づくりやフレイル予防の支援

日常的な運動習慣づくりやフレイル予防・介護予防への取組みを支援するため、「おやま健康マイレージ」、「クアオルト健康ウォーキング」、「元気だらゑ体操会」、自主運動教室への講師派遣、リラクゼーションスタジオの運営などを実施します。

④各種健診・検診の受診率向上

自身の健康状態に関心を持ち、生活習慣病やフレイル状態に早期に気付けるよう、40歳から74歳までの人を対象とした特定健診、75歳以上の人を対象としたフレイル健診^{※3}、各種がん検診などの受診率向上を図ります。

⑤適切な保健指導や医療・介護サービスにつなげる取組み

フレイル健診の質問票^{※4}などにより、健康課題や疾病への対応が必要と認められる人に対しては、保健指導、受診勧奨、要介護認定申請など、必要な医療や介護へつなぐことができるよう、関係機関・事業所等との連携を強化します。

⑥各種団体への支援

健康づくり推進協議会、シニアクラブ、民生委員・児童委員協議会、シルバー人材センターなど、町民の健康づくりや介護予防・生きがいに資する活動を行っている団体を支援します。

⑦地域活動の担い手の拡充と支援

高齢者の居場所などの地域活動を支援する「はつらつ元気サポーター」、「ふれあい茶論運営協力委員」、「オレンジサポーター」、「自主運動教室運営者」などの担い手を養成し、その活動を支援します。

（2）高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施^{※5}

①「小山町高齢者保健事業実施基本方針」に基づく保健事業の実施

高齢者の保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防事業と一体的に実施することにより、制度や年齢の切れ目なく、一人ひとりの特性に応じた健康づくり、フレイル予防、疾病予防・重症化予防及び介護予防・重度化防止の取組を展開し、町民の健康寿命の延伸を図ります。

②重層的な推進体制

高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施するに当たり、庁内関係部局及び関係機関が重層的に連携・協働し、高齢者をはじめとする対象者を地域全体で支える地域共生社会の実現に向けたまちづくりに発展させることを目指します。

③データに基づく健康課題・生活課題の把握

各種の医療・健診・介護・福祉のデータの一元的な把握・解析とともに、医療機関受診時の質問や高齢者の居場所での聞き取りなどを行うことにより、個人や地域の課題を整理し、その分析結果を事業目標の設定、事業計画の策定及び事業評価に反映します。

④個別的支援（ハイリスクアプローチ）の実施

データ分析などにより、健康課題（ハイリスク）や認知機能の低下などが把握できた人に対しては、その生活状態にも着目し、低栄養防止・重症化予防の啓発、重複受診者・重複投薬者への保健指導、健康状態が不明な人への呼び掛け、認知症初期集中支援チーム^{※6}による訪問など、各種専門職^{※7}による的確な個別的支援を行います。

⑤居場所などへの関与（ポピュレーションアプローチ）の実施

高齢者の居場所や介護予防事業に各種専門職が出向き、健康相談、フレイル予防の啓発、健康状態の把握、低栄養・筋力低下に対する指導などを行うほか、広く町民向けにフレイル予防の必要性を広報します。

⑥本人の自立支援・重度化防止に資する介護・福祉サービスの提供

介護が必要となった際に、本人の状態に合ったサービスが適切に提供されるよう、地域包括支援センター、社会福祉協議会、介護・福祉事業者、関係団体との情報共有や連携を強化し、適切なケアマネジメント^{※8}が行える体制づくりを推進します。

町民・事業者の主な協働イメージ

- ☐ 適度な運動やバランスの取れた食生活の実践などにより、自らの健康づくりに取り組みます。
- ☐ 毎年必ず健診を受け、疾病の早期発見・早期治療の意識を高めます。
- ☐ おやま健康マイレージ事業への取組や地域の体操教室などへの参加を心掛けます。
- ☐ 働く環境と働き方の改善を図り、従業員に対し健康診査の受診を促します。
- ☐ 働く人の健康は大きな財産であると考え、事業所における職域保健の推進に取り組みます。

用語解説

※1 フレイル（フレイル状態とも）：

加齢により心身が老い衰えた状態（虚弱状態）で、健康と要介護状態の中間的な段階を指す。フレイルの予防には運動・栄養・社会参加が有効とされ、適切な対応により、進行を遅らせたり元の健康な状態に戻したりすることが可能。

※2 8020運動（ハチマルニイマル運動）：

平成元年に提唱された「80歳になっても自分の歯を20本以上保とう」という社会運動。口腔（こうくう）機能の維持は体全体の健康維持につながるため、日常生活の中で正しい口腔（こうくう）ケアの習慣を身に付けることが重要。

※3 フレイル健診：

後期高齢者医療制度により実施されている、75歳以上の人に対する健康診査の呼称。令和2年度に内容が見直され、フレイルなど高齢者の特性を踏まえた健康状態を総合的に把握する内容となった。

※4 質問票：

フレイル健診で用いられる受診票の質問項目で、フレイルに着目した食習慣、運動・転倒、認知機能、社会参加などの10類型、全15項目から成る。高齢者のフレイルに対する関心を高め、生活改善を促すことが期待されている。

※5 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施：

高齢者の心身の多様な課題に対しきめ細かく対応するため、市町村において、後期高齢者保健事業、国民健康保険保健事業及び介護予防事業（介護保険制度）を一体的に実施する取組み（令和2年度開始）。

※6 認知症初期集中支援チーム：

認知症や認知症の疑いがある人への支援（相談、訪問など）を行う多職種によるチーム。専門医、認知症地域支援推進員及び地域包括支援センターから成る。

※7 各種専門職：

医療関係職 …保健師、管理栄養士、歯科衛生士、看護師など
リハビリ関係職 …理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、健康運動指導士など
介護関係職 …介護福祉士、介護支援専門員、認知症地域支援推進員、地域包括支援センター職員など

※8 ケアマネジメント：

各機関・事業所の専門職が、介護などの支援が必要な人に対し、本人のニーズや課題を把握した上で可能な限り自立した日常生活をおくることができるよう、各種制度やサービスを組み合わせる手法。

2 小山町介護保険等総合会議設置要綱

平成 13 年 4 月 3 日

告示第 18 号

(設置)

第 1 条 介護保険事業等に関する運営が、町民の意見を十分に反映しながら円滑かつ適切に行われること、及び保健、福祉、医療等に係る各種サービスを総合的に調整、推進するために小山町介護保険等総合会議（以下「総合会議」という。）を設置する。

(所掌事務)

第 2 条 総合会議は、次に掲げる事務を所掌する。

- (1) 介護保険事業の運営に関すること。
- (2) 小山町高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の進捗状況の確認、各施策の総合調整、整備方針の決定等に関すること。
- (3) 高齢者のニーズの把握、各種サービスの充足状況及び問題点の把握等に関すること。
- (4) 複合したニーズを有する処遇困難なケース等について、具体的な処遇方策の策定及び関係するサービス提供機関への要請等に関すること。
- (5) 前各号のほか、目的達成に必要な事業の実施に関すること。

(委員)

第 3 条 総合会議は、委員 15 人以内で組織する。

2 委員は、次に掲げる者の中から、町長が委嘱又は任命する。

- (1) 町議会議員
- (2) 医師
- (3) 歯科医師
- (4) 薬剤師
- (5) 健康づくり推進協議会委員
- (6) 民生委員・児童委員
- (7) 社会福祉関係者
- (8) 公共的団体の関係者
- (9) 介護サービス事業者
- (10) 被保険者
- (11) 町関係者

3 委員の任期は、2 年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員長等)

第 4 条 総合会議に、委員長及び副委員長各 1 人を置く。

2 委員長及び副委員長は、委員の互選により定める。

3 委員長は、総合会議を主宰する。

4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、その職務を代理する。

(会議)

第5条 総合会議の会議は、委員長が招集し、その議長となる。

2 会議には、必要に応じ、委員以外の者を出席させて意見又は説明を求めることができる。

3 会議は、必要に応じ、随時に開催することができる。

(庶務)

第6条 総合会議の庶務は、町長の定める課において処理する。

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか、総合会議に関し必要な事項は、別に定める。

3 小山町介護保険等総合会議委員名簿

役職名	氏 名	備 考
委 員 長	佐藤 省三	小山町議会文教厚生委員会 委員長
副委員長	臼井 芳廣	小山町民生委員・児童委員協議会 会長
委 員	中川 靖夫	御殿場市医師会
〃	村井 恵太	駿東歯科医師会
〃	芹沢 一男	北駿薬剤師会
〃	岩田 祥吾	小山町健康づくり推進協議会 会長
〃	臼井 光昭	小山町区長会 会長
〃	梶 すみ子	小山町連合婦人会 会長
〃	井田 伸太郎	小山町シニアクラブ連合会 会長
〃	若林 久美子	社会福祉法人寿康会平成の杜 施設長
〃	池谷 靖江	第 1 号被保険者
〃	須原 良澄	第 2 号被保険者
〃	原 秀人	小山町社会福祉協議会 常務理事兼事務局長
〃	小野 一彦	小山町住民福祉部 部長

4 小山町介護保険等総合会議会議経過

開催年月日	議題
令和2年9月24日	令和2年度 第1回小山町介護保険等総合会議 (1) 令和元年度介護保険特別会計決算及び介護保険給付について (2) 小山町高齢者保健福祉計画及び第8期介護保険事業計画(案)について (3) 小山町介護保険の地域分析と課題について
令和2年11月20日	令和2年度 第2回小山町介護保険等総合会議 (1) 小山町高齢者保健福祉計画及び第8期介護保険事業計画の基本理念、基本目標(案)について (2) 小山町高齢者保健福祉計画及び第8期介護保険事業計画の体系(案)について
令和2年12月3日	令和2年度 第3回小山町介護保険等総合会議 小山町高齢者保健福祉計画及び第8期介護保険事業計画 (1) 基本理念、基本目標、施策体系について (2) 各介護サービスの見込み量について
令和2年12月下旬	令和2年度 第4回小山町介護保険等総合会議(書面開催) 小山町高齢者保健福祉計画及び第8期介護保険事業計画(案)について
令和3年1月21日	令和2年度 第5回小山町介護保険等総合会議 小山町高齢者保健福祉計画及び第8期介護保険事業計画 (1) 委員意見について (2) パブリックコメントについて (3) 給付費の推計と介護保険料について

5 用語解説

※ページはその用語が初めて出てくるページです。

用 語	説 明	ページ
あ 行		
SNS（エヌ エヌエス）	Social networking service の略 ライン（LINE）、ツイッター（Twitter）、フェイスブック（Facebook）など、社会的ネットワークを構築できるサービスやウェブサイト全般のこと。	44
SMR（標準 化死亡比）	standardized mortality ratio の略 年齢構成の異なる地域間の死亡状況を比較するために、年齢構成の差異を調整して算出した死亡率で、その地域の年齢階級別人口と基準とする地域の死亡率から計算された期待死亡数と、その地域の実際の死亡数との比で表す。	20
NPO （エヌピーオー）	Non Profit Organization の略。 民間の非営利組織で、ボランティア団体等の市民活動団体や公益を目的とした公益法人、社会福祉法人、医療法人、福祉公社等の営利を目的としない団体。	48
エンディング ノート	人生の終末期に迎える死に備えて、医療や介護、葬儀などの自身の希望を書き留めておくノート。	58
お達者度	静岡県独自の健康指標で、65 歳における平均自立期間（年数）を表す。 「死亡率」と「要介護割合」から算出され、死亡率が高いとお達者度が短い、要介護 2 以上の割合が高いとお達者度が短い。要介護 2 以上でない状態を「自立している（お達者である）」と定義し市町ごとに算出している。	20
オレンジカフェ（認知症カフェ）	認知症の人やその家族、地域住民等の誰もが気軽に集える場であり、認知症に関するさまざまな困りごとを専門職に相談したり、情報交換ができる。	52
オレンジサポーター	認知症サポーターが、より専門的な認知症に関する講座を受講し、オレンジサポーターとして登録する。	52
か 行		
介護給付	要介護状態と認定された被保険者に提供される介護サービス、介護に関わる費用の支給のこと。訪問介護・訪問入浴・訪問リハビリテーション・訪問看護などの居宅サービスや、介護保険施設を利用した施設サービス、市町村が行う地域密着型サービスなどがある。	18

用 語	説 明	ページ
介護保険サービス	介護保険制度では、居宅サービス、地域密着型サービス、居宅介護支援、施設サービス、介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス及び介護予防支援をいう。	12
介護支援専門員 (ケアマネジャー)	ケアマネジメントの機能を担う専門職。要介護（要支援）認定を受けた人やその家族の希望を聞きながら、どのような介護（支援）が必要かを検討し、様々なサービスや社会資源を組み合わせることでケアプランを作成する。サービスの利用について介護サービス事業者との調整を行い、ケアプランの継続的な管理や評価も行う。	50
介護者	要介護（要支援）と認定された人を介護している人。	33
介護保険施設	介護保険法に基づき都道府県知事の指定を受けた施設。介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院がある。	16
介護予防	高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を目的として行うもの。	1
介護予防・日常生活支援総合事業	地域支援事業のうち、市町村が利用者の状態・意向を踏まえて、介護予防、生活支援（配食・見守り等）、権利擁護、社会参加も含め、柔軟な基準で多様なサービスを提供する事業。	78
各種専門職	医療関係職 …保健師、管理栄養士、歯科衛生士、看護師など リハビリ関係職 …理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、健康運動指導士など 介護関係職 …介護福祉士、介護支援専門員、認知症地域支援推進員、地域包括支援センター職員など	46
機能回復訓練	加齢や疾病等により心身の機能が低下している人に対し、その維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる訓練のこと。歩行、起き上がり等の基本動作の訓練、レクリエーション等（社会的機能訓練）がある。	65
業務継続計画（BCP）	災害等によって、人、物、情報等利用できる資源に制約がある状況下において、優先的に実施すべき業務を特定するとともに、業務の執行体制や対応手順、継続に必要な資源の確保等をあらかじめ定める計画。	82

用 語	説 明	ページ
居宅介護支援事業者	ケアマネジャー（介護支援専門員）が常駐し、要介護（要支援）者や家族の依頼を受けて、要介護者の心身の状況、環境、希望等を考慮してケアプラン（居宅サービス 計画）の作成やその他の介護に関する相談を行う。	79
協議体	生活支援コーディネーターの活動を支援・補完するとともに、地域の多様な関係者の意識統一や新たな地域資源の企画・立案などを行う。	55
ケアプラン	要介護認定者等が介護サービスを適切に利用できるよう、心身の状況、生活環境等を勘案し、サービスの種類・内容・担当者等を定めた計画。	50
ケアマネジメント	各機関・事業所の専門職が、介護などの支援が必要な人に対し、本人のニーズや課題を把握した上で可能な限り自立した日常生活をおくることができるよう、各種制度やサービスを組み合わせる手法。	16
軽度者	要介護（要支援）認定において、介護の必要度が比較的軽いと認定された人。明確な定義はないが、要支援１・２、要介護１・２の人を指す場合が多い。	16
健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のこと。現在では、単に寿命の延伸だけでなく、この健康寿命をいかに延ばすかが大きな課題となっている。	6
権利擁護	認知症高齢者や知的障害者等で判断能力が十分でない人に対して、福祉サービスの利用援助や金銭管理等の援助などを行うこと。	61
権利擁護支援センター事業	行政及び社会福祉協議会が協働し、判断能力が不十分な人に対する相談・支援、権利擁護及び成年後見制度に関する普及・啓発、市民後見人の養成など、関連事業を一体的に行う事業（小山町では令和２年度に創設）。	61
後期高齢者	75 歳以上の高齢者。	8
コーホート	同じ年（又は同じ期間）に生まれた人々の集団のこと。人口推計に用いる方法に「コーホート要因法」や「コーホート変化率法」がある。	5
コーホート変化率法	同じ年（又は同じ期間）に生まれた人々の集団ごとの過去における実績人口の動勢から「変化率」を求め、それに基づき将来人口を推計する方法。	5
高齢化率	高齢者の人口比率。65 歳以上の人口を総人口で除した比率のこと。	1

用 語	説 明	ページ
高齢者虐待	高齢者の心身に傷を負わせる人権侵害の行為を意味する。殴る蹴るなどの身体的虐待、ののしる、無視するなどの心理的虐待、食事を与えないなどの介護や世話の放棄・放任、財産を勝手に使うなどの経済的虐待、性的虐待がある。	62
高齢者見守りネットワーク	町民や事業者が、日頃の生活や仕事の中で高齢者の気になるサインに気づいた際に、地域包括支援センターなどへ連絡していただく取組。	56
さ 行		
在宅医療・介護連携コーディネーター	地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの在宅医療・介護連携に関する相談の受付、連携調整、情報提供等の機能を確保し、在宅医療・介護連携の取組を支援する。	58
自主運動教室	各地区の単位シニアクラブや有志により実施されている運動教室で、主に高齢者を対象に、インストラクターを招いての運動、ノルディックウォーキング、ストレッチなどを行っている。	43
シズケア＊かけはし	静岡県地域包括ケア情報システムの愛称 静岡県医師会が 2012 年から運用している在宅医療・介護連携システムのことで、主に医療・介護の専門職が活用して、患者の日常生活の状態や病状の変化などの情報を、多職種・多事業所間で共有し、在宅療養を支えるシステム。	57
住宅改修	手すり取り付け、段差解消、滑り止め、和式便器から洋式便器への取り換え等住宅改修を行った場合に改修費を支給。	51
就労継続支援事業	一般就労が難しい人に対し、就労と職業訓練などの機会を提供する障害福祉サービス。事業所と雇用契約を結び賃金が支払われる A 型と、雇用契約は結ばず作業工賃が支払われる B 型がある。	52
新型コロナウイルス感染症（COVID-19）	人に感染する「コロナウイルス」として新たに見つかった「新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）」による感染症。	11
生活支援コーディネーター	地域のニーズと資源の把握、多様な関係者や団体等のネットワーク化、担い手と活動の場のマッチングなどを行い、生活支援の充実を図る専門職。	55
生活習慣病	食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群。	16
成年後見制度	認知症等のために判断能力が不十分であると家庭裁判所が認めた場合に、成年後見人等が財産管理等を行い、本人を保護・支援する制度。	61
前期高齢者	65 歳以上 75 歳未満の高齢者。	8

用 語	説 明	ページ
た 行		
第1号被保険者	介護保険制度における被保険者のうち、市町村の区域内に住所を有する65歳以上の住民。	10
第2号被保険者	介護保険制度における被保険者のうち、市町村の区域内に住所を有する40歳以上65歳未満の医療保険加入者。	10
ダブルケア	「介護」と「子育て」といったように、一人で複数の人のケアに携わること。	37
団塊ジュニア世代	第二次ベビーブーム期（昭和46年から昭和49年頃）に生まれた「団塊の世代」の子ども世代のこと。2040年（令和22年）には65歳以上になり、高齢者人口がピークを迎えると言われている。	1
団塊の世代	戦後の第一次ベビーブーム期（昭和22年から昭和24年頃）に生まれ、日本の高度成長期とともに育った世代とされる。2025年（令和7年）には、すべての団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となり、社会保障制度をはじめ様々な分野に影響が出ると考えられている。	3
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。	1
地域ケア会議	医療、介護、福祉等の多職種が協働して、高齢者個人に対する支援の充実や高齢者に対する支援とそれを支える社会基盤の整備を同時に進めるための会議。	54
地域支援事業	介護保険制度において、被保険者が要介護状態や要支援状態となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、市区町村が行う事業。「介護予防・日常生活支援総合事業」「包括的支援事業」「任意事業」からなる。	75
地域包括ケアシステム	地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、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体制。	1

用 語	説 明	ページ
地域包括支援センター	地域における高齢者の心身の健康保持や生活の安定のために必要な援助を行うことを目的として設けられた施設。 主な業務は、①包括的支援事業（介護予防ケアマネジメント業務、総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）、②介護予防支援、③要介護状態等になるおそれのある高齢者の把握などで、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等の専門職が配置されている。	16
地域密着型サービス	要介護認定者等の住み慣れた地域での生活を支えるという観点から提供されるサービス。原則として、事業所が所在する市町村の住民のみが利用できる。	3
な 行		
日常生活圏域	高齢者が住み慣れた地域で生活を持続することができるようにするため、市町村内にいくつかを設定される生活圏域。	3
任意事業	地域支援事業のうち、介護給付費適正化事業、家族介護支援事業等のこと。	88
認知症	一度獲得した知能が、後天的に脳や身体疾患を原因として慢性的に低下をきたした状態で、社会生活、家庭生活に影響を及ぼす状態。	1
認知症ケアパス	認知症の人やその家族が安心して、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、状況に応じた適切なサービス提供の流れを示した冊子。	59
認知症キャラバンメイト	認知症サポーターを養成する「認知症サポーター養成講座」を開催し、講師役を務める人。キャラバンメイトになるためには所定のキャラバンメイト研修を受講し登録する必要がある。	60
認知症サポーター	「認知症サポーター養成講座」を受けた人が「認知症サポーター」となる。認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守る応援者となり自分のできる範囲で活動を行う。「オレンジリング」が目印。	52
認知症初期集中支援チーム	認知症の人や疑いがある人を早期に発見し、早期に対応（相談、訪問など）することを目的に活動するチーム。専門医、認知症地域支援推進員及び地域包括支援センター職員から成る。	46

用 語	説 明	ページ
認知症施策推進大綱	認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現のために取りまとめられた、認知症対策の政府の方針。2019 年 6 月 18 日に、内閣官房長官を議長、健康・医療戦略担当大臣及び厚生労働大臣を副議長、その他 13 大臣を構成員とする「認知症施策推進関係閣僚会議」で決定された。	1
認知症地域支援推進員	地域における医療及び介護の連携強化並びに、認知症の人やその家族に対する支援体制の強化を図る役割を担う専門職員。厚生労働省が実施する「認知症地域支援推進員研修」を受講し、町、地域包括支援センター等に配置される。	60
認定率	65 歳以上の高齢者に占める要介護（要支援）認定者の割合。	11
は 行		
ハイリスクアプローチ	リスクを持っている人をスクリーニングし、ハイリスクの人を対象に行動変容を促すよう個別的に指導する手法。	46
はちまるごーまる 8050問題	高齢の親（80 歳代）とひきこもりの子（50 歳代）が地域や社会から孤立して生活していることに起因し、介護、生計維持、就労支援、生活支援などの不安や困りごとが複合化・深刻化・潜在化する問題。	37
バリアフリー	建築分野において段差等の物理的障壁の除去を指すことが多いが、より広く、障がいのある人の社会参加を困難にしている社会的、制度的、心理的な障壁の除去という意味でも用いられる。	76
P D C A サイクル	P D C A とは欧米で使われているマネジメントサイクルの典型例で、Plan、Do、Check、Act という計画、実行、評価、改善のサイクルのことをいう。	57
ふれあい茶論	町内各地区の公民館等で実施しているサロン活動。概ね 65 歳以上の人を対象に、軽い運動やレクリエーションを多数の運営協力委員が自主的に行っている。誰でも参加可能。	43
フレイル	加齢により心身が老い衰えた状態（虚弱状態）で、健康と要介護状態の中間的な段階を指す。フレイルの予防には運動・栄養・社会参加が有効とされ、適切な対応により、進行を遅らせたり元の健康な状態に戻したりすることが可能。	16
フレイル健診	後期高齢者医療制度により実施されている、75 歳以上の人に対する健康診査の呼称。令和 2 年度に内容が見直され、フレイルなど高齢者の特性を踏まえた健康状態を総合的に把握する内容となった。	46

用 語	説 明	ページ
フレイル健診の質問票	フレイル健診で用いられる受診票の質問項目で、フレイルに着目した食習慣、運動・転倒、認知機能、社会参加などの 10 類型、全 15 項目から成る。高齢者のフレイルに対する関心を高め、生活改善を促すことが期待されている。	46
包括的支援事業	地域支援事業のうち、地域包括支援センターの運営、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進等。	88
ポピュレーションアプローチ	リスクの有無に関わらず、多くの人々が少しずつリスクの要因を軽減させることで、集団全体に大きな好影響をもたらすことに注目し、集団全体に働きかける手法。	46
ボランティア	住民、一人ひとりの自発的な意志に基づいて、金銭的な利益などの見返りを求めることなく、地域社会を住みよくする活動や他者を支える活動などの社会的活動に携わること又は携わる人々を指します。	44
保険給付費	介護保険サービスの総費用から、利用者負担によりまかなわれる部分を除いた、介護保険でまかなう費用。要介護者に対する介護給付、要支援者に対する予防給付に区分される。	86
保健事業と介護予防の一体的実施	高齢者の心身の多様な課題に対しきめ細かく対応するため、市町村において、後期高齢者保健事業、国民健康保険保健事業及び介護予防事業（介護保険制度）を一体的に実施する取組み（小山町では令和 2 年度に開始）。	46
保険料基準額（月額）	事業計画期間における保険給付費、地域支援事業費等の事業費支出のうち、第 1 号被保険者保険料でまかなうべき費用（保険料収納必要額）を、第 1 号被保険者数及び保険料予定収納率で除し、さらに 12 か月で除したものの。	89
ま		
民生委員・児童委員	民生委員法に基づき、厚生労働大臣から委嘱され、地域の人々の福祉に関する問題（生活上の問題、高齢者・障害者福祉等福祉全般 についての相談を受ける人。児童福祉法による児童委員も兼ねており、児童の福祉に関する相談にも応じている。	60
や		
有料老人ホーム	食事の提供、介護の提供、洗濯や掃除等の家事、健康管理のいずれかの便宜を供与することを目的とする施設。	1

用 語	説 明	ページ
ユニバーサルデザイン	障がいの有無、性別、人種等に関わらず多様な人々が利用しやすいようあらかじめ都市や生活環境をデザインする考え方。ここでは、国民の意識や行動に働きかける取組み（「心のバリアフリー」）も含めた共生の社会づくりを目指す概念として用いる。	76
ユニバーサルデザインの街づくり	政府の「ユニバーサルデザイン 2020 行動計画」に示されている二つの方向性。東京大会を機に、心のバリアフリーとより高い水準のユニバーサルデザイン化を推進し、東京大会以降のレガシーとして残していくための取組み。	76
要介護認定	介護保険によるサービス（給付）を受けるために必要となる、市町村による認定の仕組み。被保険者からの申請に基づき心身状況を調査し、介護の必要の程度が、要支援１・２、要介護１～５の７段階で判定される。（非該当の場合もある）	4
養護老人ホーム	環境上の理由や経済的な理由で、在宅で養護を受けることが困難な高齢者を入所させ、養護するとともに、高齢者が自立した日常生活を営み、社会的活動に参加するために必要な指導及び訓練、その他の援助を行うことを目的とする施設。 特別養護老人ホームと違い、介護保険施設ではなく、行政による措置施設であり、入所の申込みは施設ではなく市町村に行う。	51
予防給付	「介護予防通所介護」等、要支援１・２の対象者に実施される給付のこと。	17

小山町高齢者保健福祉計画及び 第 8 期介護保険事業計画

発 行 令和 3 年 3 月

発行者 小山町住民福祉部介護長寿課

〒410-1395

静岡県駿東郡小山町藤曲 57 番地の 2

TEL 0550-76-6669

FAX 0550-76-4770

URL <http://www.fuji-oyama.jp/>
