四万十町
高齢者福祉計画・
第８期介護保険事業計画

（令和３（2021）年度～令和５（2023）年度）

素案

令和３（2021）年１月

高知県　四万十町

目　次

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……2
第３節　計画期間……2
第４節　計画の策定体制……3

第２章　高齢者を取り巻く現状と重点課題……4
第１節　人口の現状及び将来推計……4
第２節　要支援・要介護認定者の現状及び将来推計……9
第３節　アンケート調査結果からみえる課題……17
第４節　重点課題の設定……29

第３章　計画の基本構想……30
第１節　第８期計画見直しに係る基本指針について……30
第２節　計画の基本理念……32
第３節　計画の基本目標……34
第４節　日常生活圏域の設定……35
第５節　災害や感染症対策に係る体制整備……36
第６節　施策体系……37

第４章　介護予防と健康・生きがいづくりの促進……41
第１節　介護予防・生活支援サービス事業の充実……41
第２節　一般介護予防事業の強化……42
第３節　生活支援体制の整備……44
第４節　生きがいづくりの支援……45

第５章　認知症施策の総合的な推進……46
第１節　認知症の人や家族に対する支援……46
第２節　認知症の人を地域で支える取り組みの推進……47

第６章　地域で高齢者を支える仕組みづくり 49
第１節　あったかふれあいセンター事業の拡充 49
第２節　地域支え合いネットワーク事業の啓発・拡充 49
第３節　中山間地域介護サービス確保対策事業の継続 50
第４節　地域包括支援センターの機能強化 50
第５節　地域ケア会議の充実 51
第６節　在宅医療・介護連携の推進 52
第７節　在宅福祉サービスの充実 54
第８節　人材の確保・業務の効率化及び質の向上 55
第９節　高齢者の住まいの確保 56

第７章　介護保険事業の適正・円滑な運営 58
第１節　サービス別事業量の見込み 58
第２節　保険料の算定 58
第３節　給付適正化の推進 59
第４節　介護保険サービス事業所への助言・指導 60

第８章　計画の推進 61
第１節　計画の周知 61
第２節　連携体制の強化 61
第３節　進捗状況の把握と評価の実施 61

参考資料 62

第１章　計画策定にあたって

第１節　計画策定の趣旨

我が国の総人口は、令和２年３月１日現在、１億 2,596 万２千人と前年同月に比べ約 28 万７千人減少しています。一方で後期高齢者[1]（75 歳以上）人口は約 1,863 万３千人となっており、いわゆる団塊世代が 75 歳以上となる令和７(2025)年には高齢化率が 32.1%、さらにはいわゆる団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる令和 22（2040）年には 37.7%となる見込みとなっています。

四万十町においても、令和２年９月末時点の高齢化率は 44.1％で、今後さらに総人口は減少、高齢化率は上昇していく見込みとなっています。

高齢化の進展に伴い、要介護者や認知症高齢者の増加、高齢者のひとり暮らし世帯や高齢者のみの世帯の増加等を背景に多くの課題が発生しており、介護予防・健康づくりの推進や高齢者の在宅生活の支援、地域における支え合いの体制づくり、介護サービスの充実等、多様な対策が求められています。

このような動向を踏まえ、国においては、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て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、住まいおよび自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）を構築し、団塊の世代が 75 歳以上の後期高齢者となる令和７年を目途に、地域包括ケアシステムを構築することを示し、本町でも取り組みを進めてきました。

さらに、第８期介護保険事業計画策定にあたって示された国の基本指針では、2025 年・2040 年を見据えたサービス基盤・人的基盤の整備、地域共生社会の実現、地域支援事業等の効果的な実施による介護予防・健康づくり施策の充実・推進、認知症施策推進大綱等を踏まえた認知症施策の推進などが示されています。

こうした中、「第７期計画」を見直す時期を迎え、四万十町におけるすべての高齢者が、住み慣れた地域でいつまでも健やかに、安心して暮らせるよう、介護、介護予防、生活支援等の各種施策、サービスの提供量、提供体制、介護保険財政の安定化の方策等を示し、町民とともに推進していくことを目的に「四万十町高齢者福祉計画・第８期介護保険事業計画」を策定します。

[1] 本計画における高齢者とは 65 歳以上を指します。
また、65 歳から 74 歳を「前期高齢者」、75 歳以上を「後期高齢者」とします。

第２節　計画の位置づけ

（１）法的根拠

「四万十町高齢者福祉計画・第８期介護保険事業計画」は、老人福祉法に基づく高齢者福祉計画、介護保険法に基づく介護保険事業計画を一体のものとして策定します。

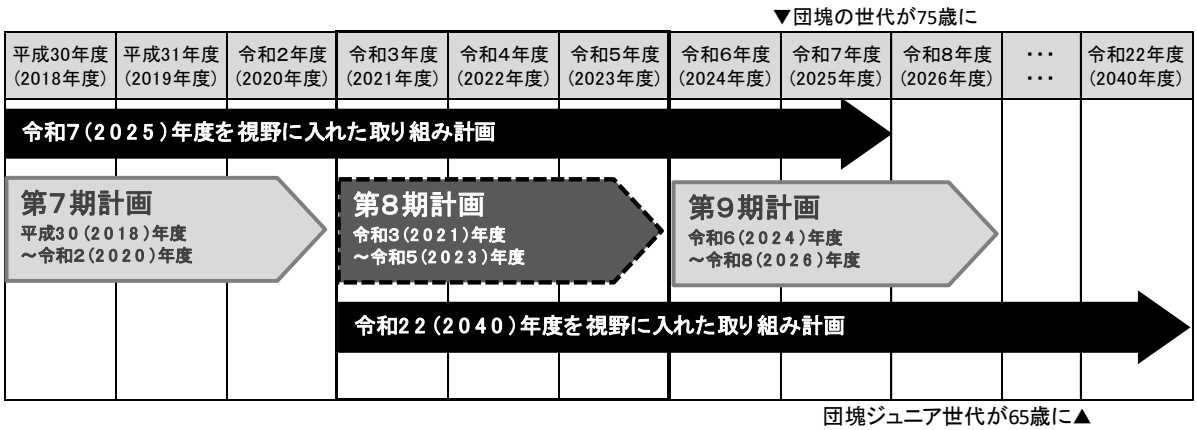
高齢者福祉計画	老人福祉法第 20 条の８の規定に基づき、老人福祉計画を基本に、他の法律に基づく 65 歳以上を対象とした保健事業、その他の高齢者支援にかかわる事業を網羅したものです。
介護保険事業計画	介護保険法第 117 条において策定が義務づけられており、介護保険の給付等対象サービスの種類や各サービス量の見込みを定めるとともに、介護保険事業にかかわる保険給付の円滑な実施を確保するために必要な事項を定めるものです。

（２）他計画との整合性

本計画は、様々な分野の取り組みを総合的かつ一体的に進めるため、国の指針、高知県の方針はもとより、本町の「第２次四万十町総合振興計画」との整合性をはじめ、「四万十町地域福祉計画」「四万十町健康増進計画」等、その他の計画との調整を図りながら策定します。

第３節　計画期間

本計画期間は、令和３年度～令和５年度までの３年間の計画として策定します。



第４節　計画の策定体制

（１）策定委員会での審議

「四万十町高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会設置要綱」に基づき、学識経験者、被保険者代表者、保健・医療・福祉関係者、介護保険サービス事業関係者等からなる「四万十町高齢者福祉計画・第８期介護保険事業計画策定委員会」を開催し、本計画を策定しました。

（２）アンケート調査の実施

高齢者福祉施策の方向性や介護サービスの必要量の決定にあたっての高齢者の課題やニーズ等を把握するとともに、本計画策定の基礎資料とするため、国が示した調査票をもとに介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を実施しました。

また、高齢者等の適切な在宅生活の継続と家族等介護者の就労継続の実現に向けた介護サービスの在り方を検討することを目的に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】

対象者	令和元年 11 月１日現在、四万十町にお住まいの 65 歳以上の方（要介護 1～5 の認定を受けている方を除く）6,261 名
実施期間	令和元年 11 月 22 日～令和元年 12 月 16 日
実施方法	郵送配布・郵送回収

配布数	回収数	回収率
6,261 件	5,155 件	82.3%

【在宅介護実態調査】

対象者	要介護１～５（施設入所等を除く）の方
実施期間	令和元年 11 月 25 日～令和２年２月 28 日
実施方法	介護認定調査員による認定更新調査時の聞き取り
調査数	64 件

（３）パブリックコメントの実施

令和３年１月 12 日から２月２日までの期間に計画書案をホームページ等へ掲載し、町民からの意見を募ります。

第２章　高齢者を取り巻く現状と重点課題

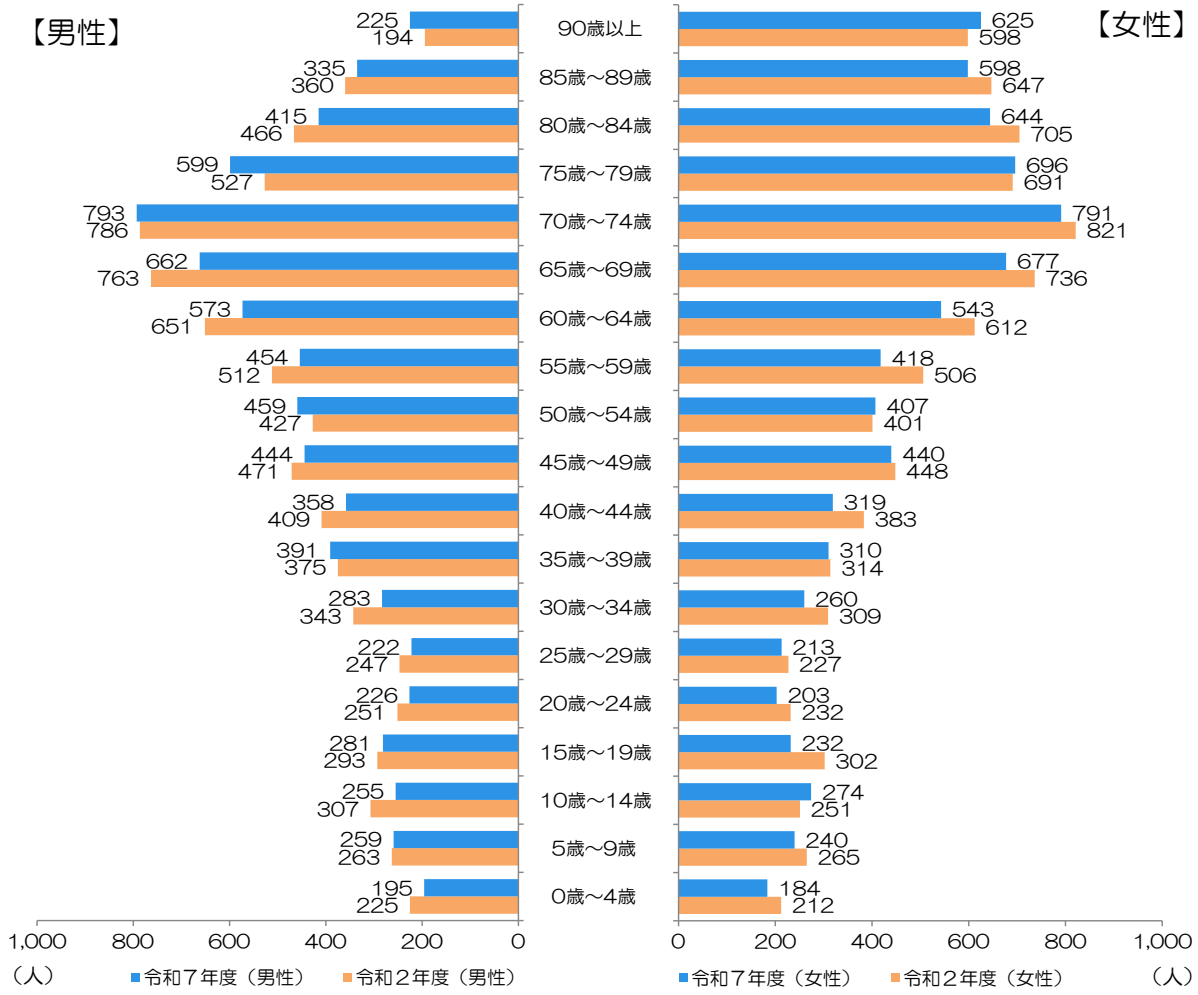
第１節　人口の現状及び将来推計

（１）現在の人口構成

令和２年９月末の住民基本台帳に基づく人口をみると、男性・女性ともに 70～74 歳が最も多くなっています。90 歳以上では、女性が男性の３倍余りとなっています。

５年後の令和７年度にはさらに後期高齢者が増える見込みとなっています。

	総人口	男性	女性
令和２年度（実績値）	16,530 人	7,870 人（47.6%）	8,660 人（52.4%）
令和７年度（推計値）	14,824 人	7,128 人（48.1%）	7,696 人（59.1%）



【年齢（３区分）別人口構成（令和２年９月末現在）】

区分	総人口	年少人口（15 歳未満）	生産年齢人（15 歳～64 歳）	老年人口（65 歳以上）
人口（人）	16,530	1,523	7,713	7,294
構成比（%）	100.0%	9.2%	46.7%	44.1%

（２）人口及び高齢者の推移

①人口構成の推移

本町の総人口は年々減少傾向にあり、平成 27 年度と令和２年度を比較すると 1,651 人の減少となっています。

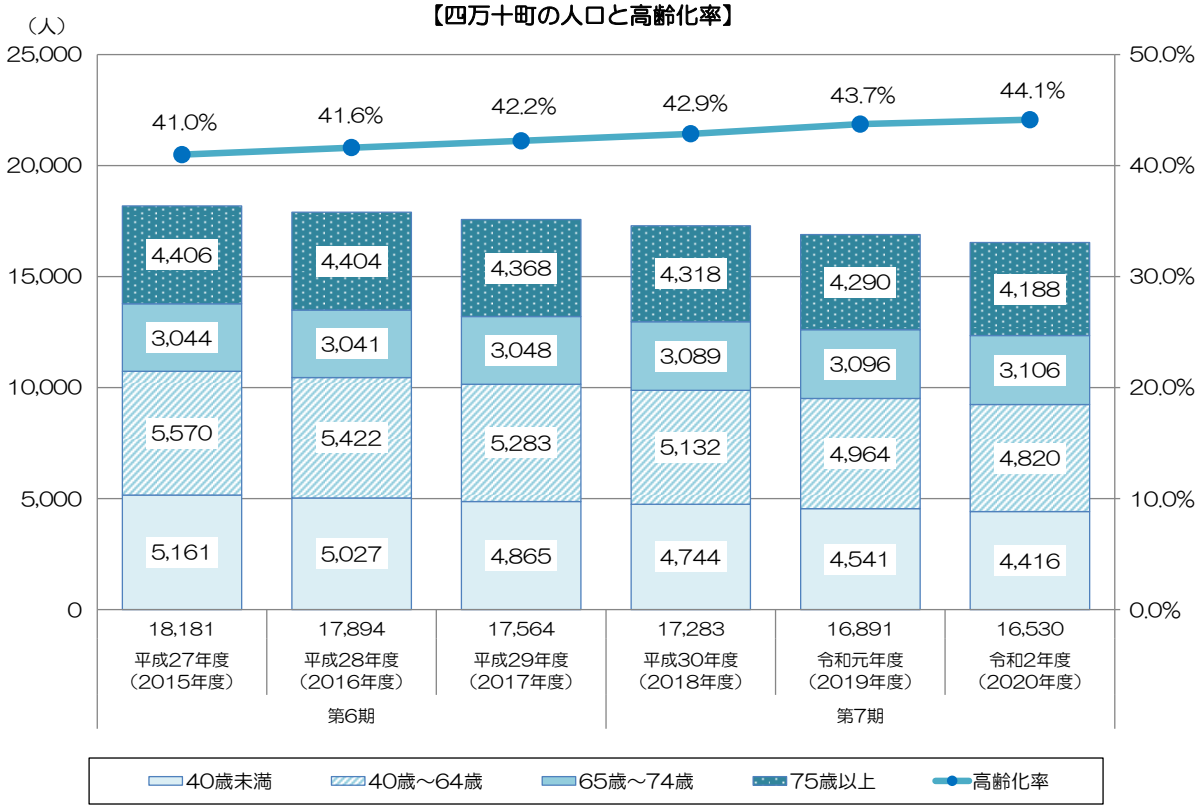
高齢者人口の推移をみると、前期高齢者は年度によって増減がありますが、令和２年度で 3,106 人となっており、平成 27 年度から 62 人が増加しています。逆に後期高齢者では、総人口と同様に減少傾向にあり、令和２年度で 4,188 人となり、平成 27 年度から 218 人が減少しています。

高齢化率は年々上昇し、令和２年度では 44.1%となっています。

単位：人

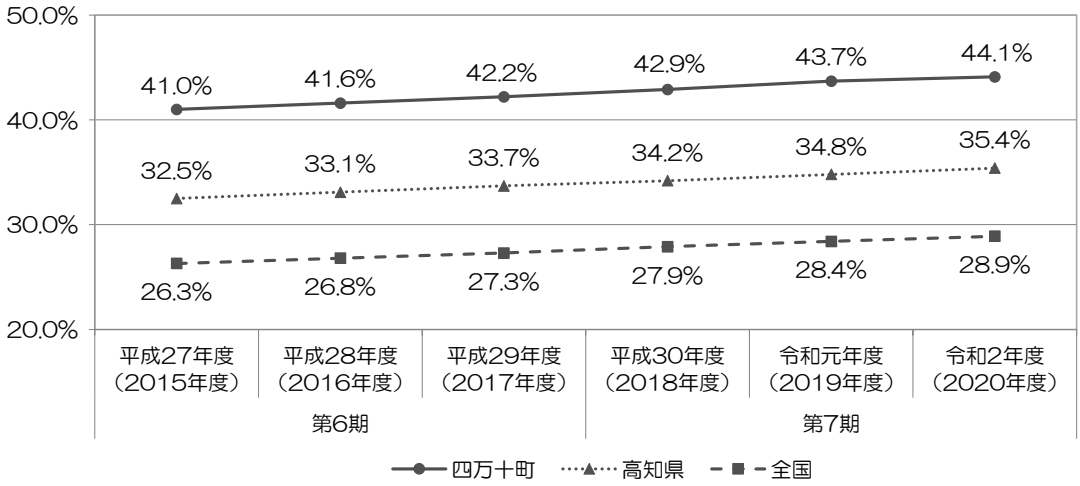
		第6期			第7期		
		平成27年度（2015年度）	平成28年度（2016年度）	平成29年度（2017年度）	平成30年度（2018年度）	令和元年度（2019年度）	令和2年度（2020年度）
総人口		18,181	17,894	17,564	17,283	16,891	16,530
	40歳未満	5,161	5,027	4,865	4,744	4,541	4,416
	40歳～64歳	5,570	5,422	5,283	5,132	4,964	4,820
	65歳～74歳	3,044	3,041	3,048	3,089	3,096	3,106
	75歳以上	4,406	4,404	4,368	4,318	4,290	4,188
高齢化率		41.0%	41.6%	42.2%	42.9%	43.7%	44.1%

※住民基本台帳（各年度９月末現在）



②高齢化率の比較

四万十町の高齢化率は、全国や高知県と比べて高くなっています。



※資料：町は住民基本台帳　各年度９月末日現在

高知県、全国は総務省「国勢調査」および国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

（３）生活圏域の小単位（旧町村別）の人口・高齢者数・高齢化率の推移

①生活圏域の小単位（旧町村別）の人口の推移

旧町村別での人口の推移を平成 30 年度と令和２年度で比較すると、窪川地域で 4.3%減、大正地域で 4.5%減、十和地域で 4.6%減となっており、どの地域も減少割合が４%を超えています。

	平成 30 年度（2018 年度）	令和元年度（2019 年度）	令和２年度（2020 年度）	平成 30 年度と令和２年度比較	減少割合
町全体	17,283 人	16,891 人	16,530 人	753 人減	4.4%減
窪川地域	12,219 人	11,944 人	11,697 人	522 人減	4.3%減
大正地域	2,417 人	2,380 人	2,308 人	109 人減	4.5%減
十和地域	2,647 人	2,567 人	2,525 人	122 人減	4.6%減

※高齢者支援課調べ（住民記録人口集計表 各年度９月末現在）

②生活圏域の小単位（旧町村別）の高齢者数の推移

旧町村別での高齢者数の推移を平成 30 年度と令和２年度で比較すると、窪川地域で 1.9%減、大正地域で 0.2%減、十和地域で 1.0%減となっており、窪川地域の減少割合が高くなっています。

	平成 30 年度（2018 年度）	令和元年度（2019 年度）	令和２年度（2020 年度）	平成 30 年度と令和２年度比較	減少割合
町全体	7,407 人	7,386 人	7,294 人	113 人減	1.5%減
窪川地域	5,039 人	5,014 人	4,941 人	98 人減	1.9%減
大正地域	1,072 人	1,088 人	1,070 人	2人減	0.2%減
十和地域	1,296 人	1,284 人	1,283 人	13 人減	1.0%減

※高齢者支援課調べ（住民記録人口集計表 各年度９月末現在）

③生活圏域の小単位（旧町村別）の高齢化率の推移

旧町村別での高齢化率の推移を平成 30 年度と令和２年度で比較すると、窪川地域で 1.0%増、大正地域で 2.0%増、十和地域で 1.8%増となっており、大正・十和地域での少子高齢化が目立ちます。特に十和地域は高齢化率が 50%を超え高くなっています。

	平成 30 年度（2018 年度）	令和元年度（2019 年度）	令和２年度（2020 年度）	平成 30 年度と令和２年度比較
町全体	42.9%	43.7%	44.1%	1.3%増
窪川地域	41.2%	42.0%	42.2.%	1.0%増
大正地域	44.4%	45.7%	46.4%	2.0%増
十和地域	49.0%	50.0%	50.8%	1.9%増

※高齢者支援課調べ（住民記録人口集計表 各年度９月末現在）

（４）人口の将来推計

将来人口の推計をみると、総人口は今後も減少傾向であり、令和５年度では 15,503 人と、令和２年度から 1,027 人減少する見込みとなっています。その後も減少は続く見込みです。

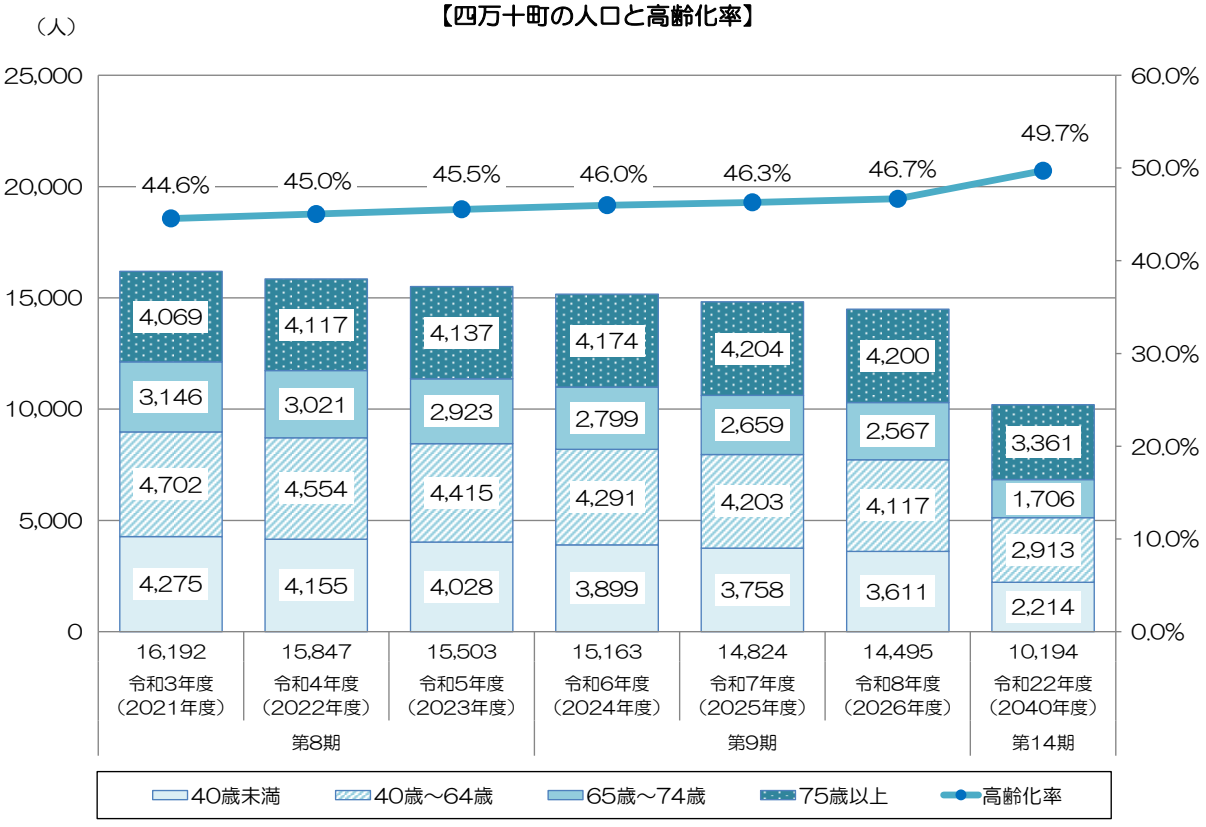
高齢者人口の推移をみると、前期高齢者は今後減少傾向となり、令和５年度では 2,923 人と、令和２年度から 183 人減少する見込みとなっています。後期高齢者は令和５年度以降増加傾向となり、令和７年度では 4,204 人となる見込みです。

高齢化率は年々上昇し、令和５年度では 45.5%、令和７年度では 46.3%、さらに令和 22 年度では 49.7%となる見込みです。

単位：人

	第8期			第9期			第14期
	令和3年度（2021年度）	令和4年度（2022年度）	令和5年度（2023年度）	令和6年度（2024年度）	令和7年度（2025年度）	令和8年度（2026年度）	令和22年度（2040年度）
総人口	16,192	15,847	15,503	15,163	14,824	14,495	10,194
40歳未満	4,275	4,155	4,028	3,899	3,758	3,611	2,214
40歳～64歳	4,702	4,554	4,415	4,291	4,203	4,117	2,913
65歳～74歳	3,146	3,021	2,923	2,799	2,659	2,567	1,706
75歳以上	4,069	4,117	4,137	4,174	4,204	4,200	3,361
高齢化率	44.6%	45.0%	45.5%	46.0%	46.3%	46.7%	49.7%

【四万十町の人口と高齢化率】



※コーホート変化率法[2]により算出

[2] コーホートとは、同年に出生した集団のことで、コーホート変化率法とは、各年齢別の平均寿命や進学・就職による移動といった特性を変化率によって反映させる推計方法です。

第２節　要支援・要介護認定者の現状及び将来推計

（１）要支援・要介護認定者の推移

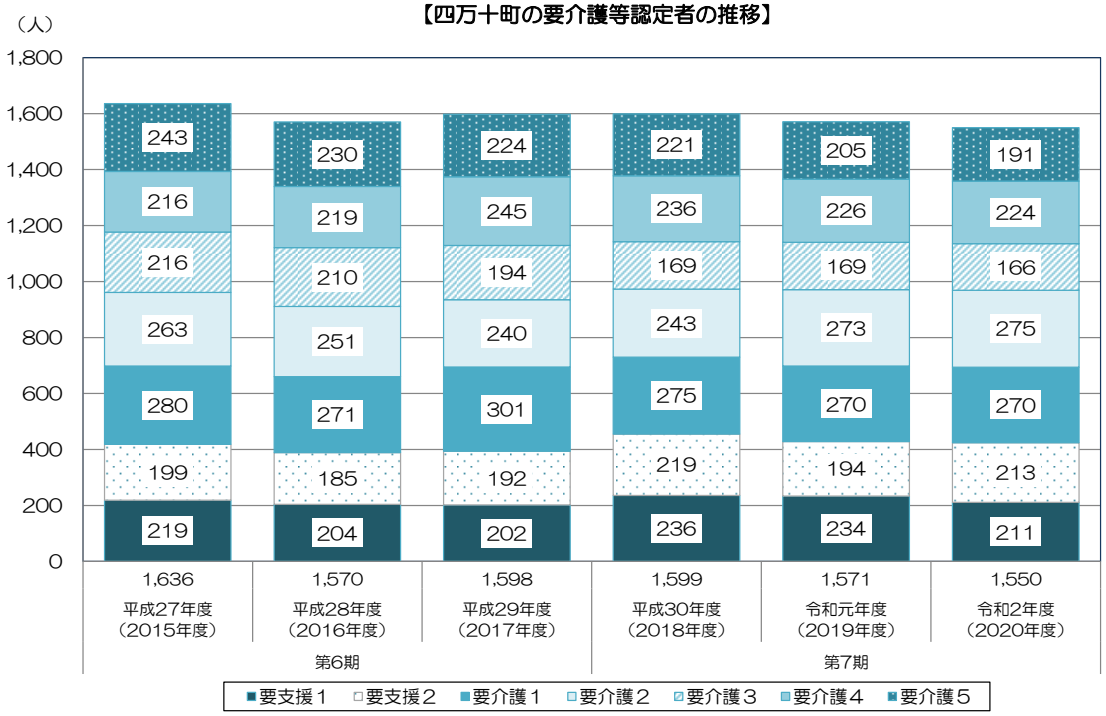
要支援・要介護認定者の内訳の推移をみると、要介護３、要介護５で減少傾向にあり、要介護３は令和２年度に 166 人となり、平成 27 年度から 50 人が減少しています。要介護５は令和２年度に 191 人となり、平成 27 年度から 52 人が減少しています。その他の要介護度は増減を繰り返しています。

単位：人

	第6期			第7期		
	平成27年度（2015年度）	平成28年度（2016年度）	平成29年度（2017年度）	平成30年度（2018年度）	令和元年度（2019年度）	令和2年度（2020年度）
合計	1,636	1,570	1,598	1,599	1,571	1,550
要支援１	219	204	202	236	234	211
要支援２	199	185	192	219	194	213
要介護１	280	271	301	275	270	270
要介護２	263	251	240	243	273	275
要介護３	216	210	194	169	169	166
要介護４	216	219	245	236	226	224
要介護５	243	230	224	221	205	191

※資料：高齢者支援課調べ（住民情報システム(介護保険）各年度９月末現在）

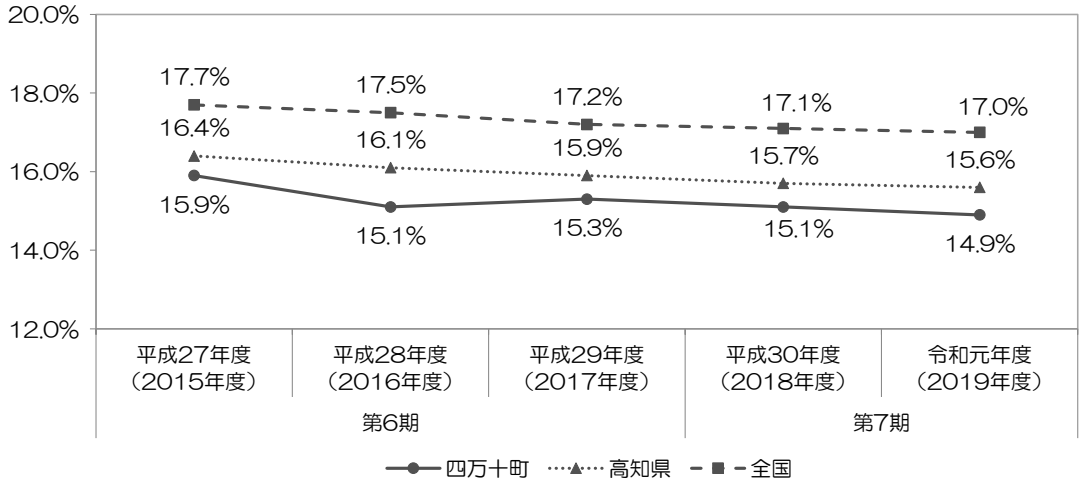
【四万十町の要介護等認定者の推移】



（2）認定率の比較

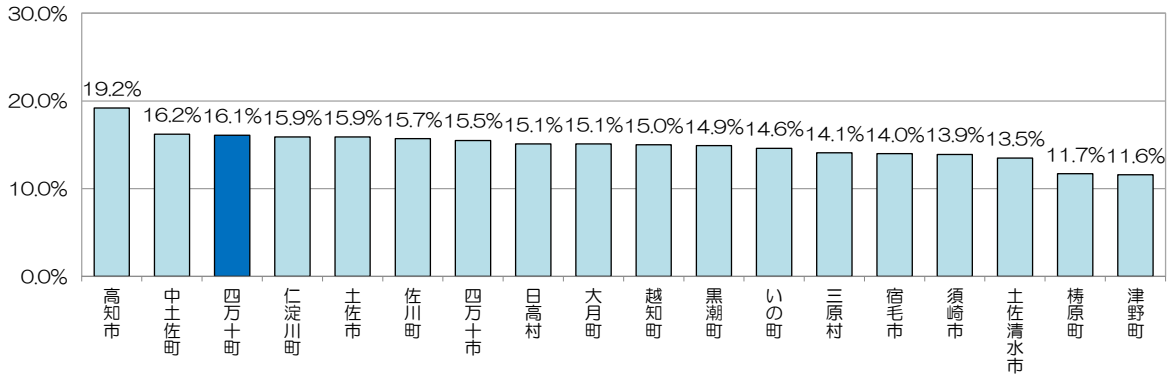
四万十町の認定率は、全国や高知県より低い水準で推移しています。

高知市以西 18 市町村中、３番目に高くなっています。



※資料：厚労省「介護保険事業状況報告」（地域包括ケア「見える化」システムより）　各年度3月末日現在

※性・年齢別人口構成の影響を除外した調整済認定率を使用。計算に用いる標準的な人口構造は平成 27 年１月１日時点の全国平均の構成。



※資料：厚労省「介護保険事業状況報告」（地域包括ケア「見える化」システムより）　平成 30 年度

※性・年齢別人口構成の影響を除外した調整済認定率を使用。計算に用いる標準的な人口構造は平成 30 年度の全国的な全国平均の構成。

（３）生活圏域の小単位（旧町村別）の認定率の推移

①生活圏域の小単位（旧町村別）の認定者数の推移

旧町村別での認定者数の推移を平成 30 年度から令和２年度で比較すると、窪川地域では減少、大正地域は横ばい、十和地域では令和２年度に 19 人の増加となっています。

また、町全体の認定者数を見たときに、人口規模により窪川地域の認定者数が目立って多い傾向にあります。

	平成 30 年度 （2018 年度）	令和元年度 （2019 年度）	令和２年度 （2020 年度）
町全体	1,599 人	1,571 人	1,550 人
窪川地域	1,094 人	1,061 人	1,025 人
大正地域	199 人	210 人	210 人
十和地域	244 人	240 人	263 人
町外	62 人	60 人	52 人

※高齢者支援課調べ（住民情報システム(介護保険) 各年度９月末現在）

②生活圏域の小単位（旧町村別）の認定率の推移

旧町村別での認定率の推移を平成 30 年度から令和２年度で比較すると、窪川地域では減少、大正・十和地域では増加しています。令和元年度までは窪川地域と大正・十和地域で差が大きくありましたが、令和２年度では差が縮まり、特に十和地域においては 18%台から 20%台へ大きく伸びています。

	平成 30 年度 （2018 年度）	令和元年度 （2019 年度）	令和２年度 （2020 年度）
町全体	21.6%	21.2%	21.3%
窪川地域	21.7%	21.2%	20.7%
大正地域	18.6%	19.3%	19.6%
十和地域	18.8%	18.6%	20.5%

※高齢者支援課調べ（住民情報システム(介護保険) 各年度９月末現在）

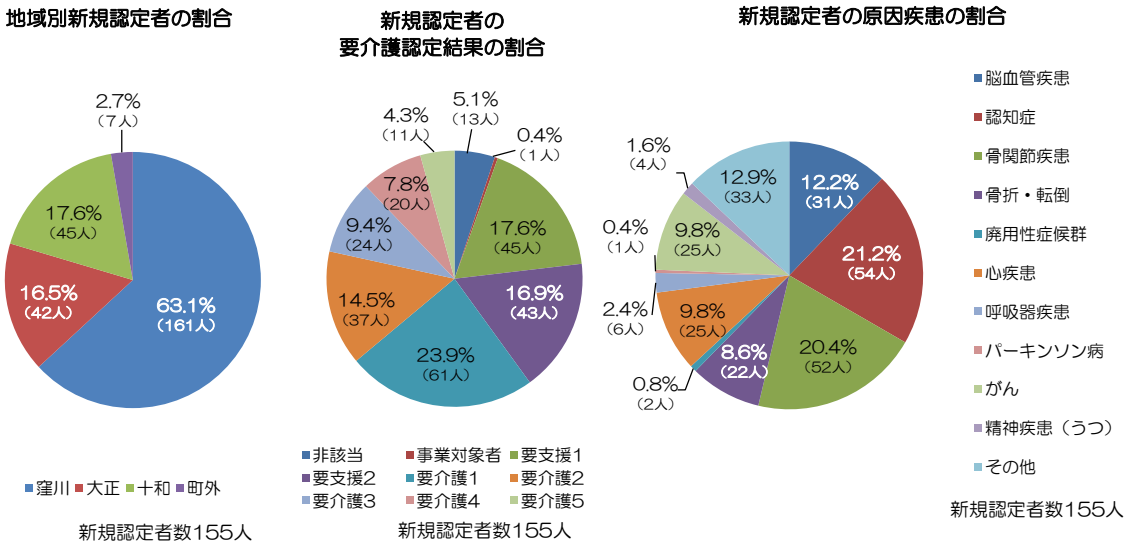
（４）新規要支援・要介護認定者の状況（令和元年度）

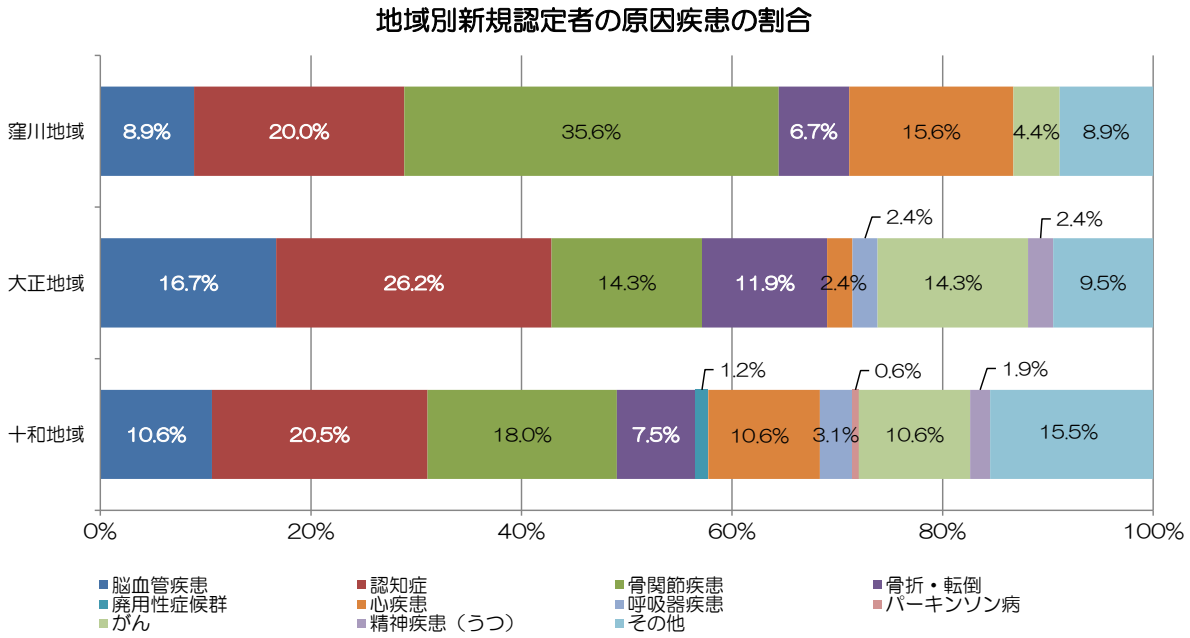
地域別の新規認定者数を見ると、人口規模が大きい窪川地域が占める割合が多い傾向にあります。

介護認定結果は要支援１から要介護２までの軽度状態に認定された方が７割をしめており、介護予防、重度化予防の取り組みが今後も重要になります。

また、新規認定に至った原因となる疾患は認知症が 21.2%、骨関節疾患が 20.4%と多くなっています。

地域別にみると、窪川地域では骨関節疾患の占める割合が大正・十和地域より高くなっており、大正・十和地域は認知症の占める割合が高くなっています。





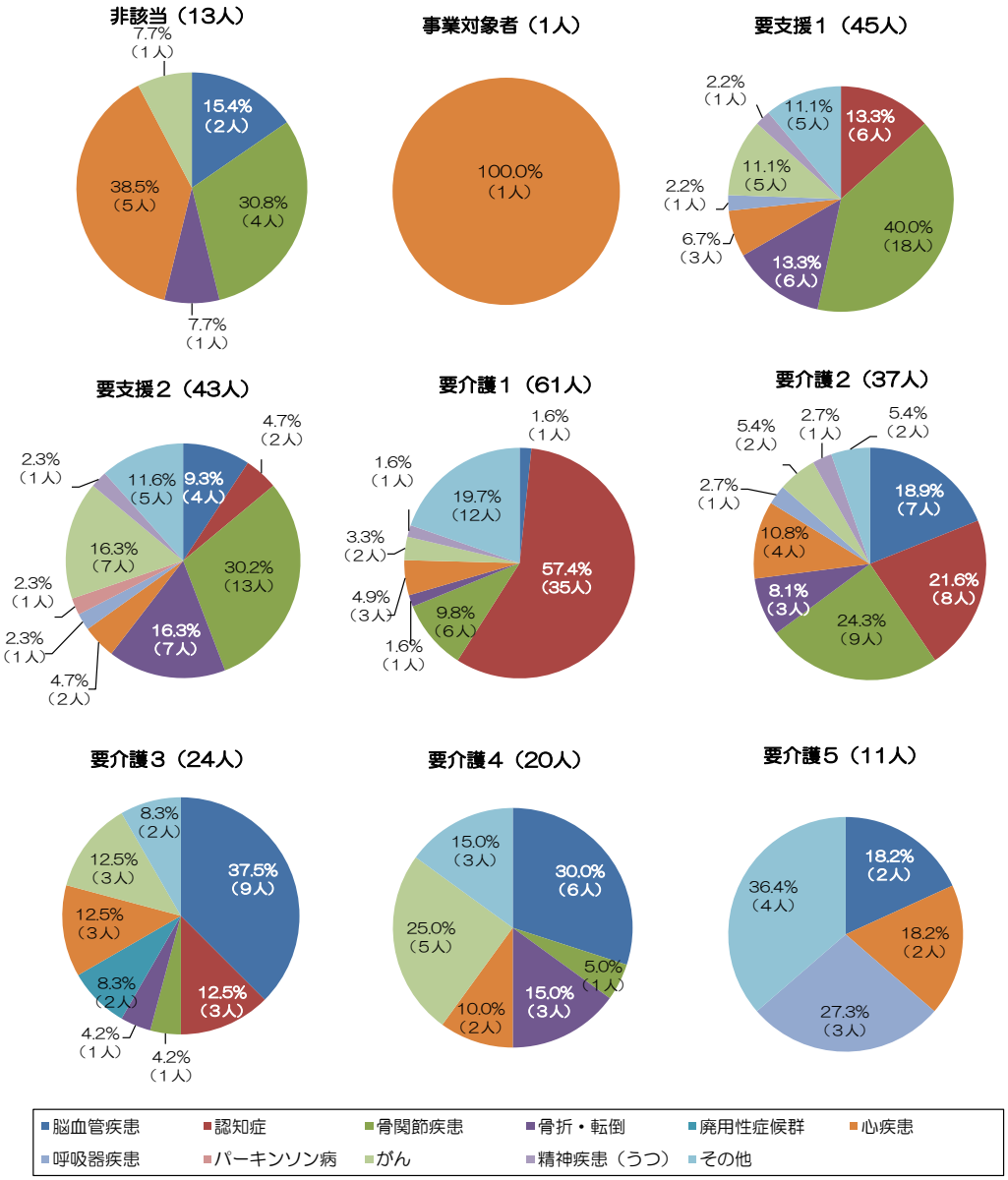
※各グラフは、端数処理の関係上、合計が 100%にならない場合があります。

新規認定者の原因疾患の割合を介護度別にみると、非該当では骨関節疾患、心疾患、要支援１、要支援２では骨関節疾患の占める割合が多くなっています。

要介護１では認知症の割合が半数以上を占める結果となっており、より早期に発見し、重度化の防止につなげていくことが重要になります。

また、要介護３から要介護５では、新規認定に至った重度認定者の場合、医療機関からの退院に向け認定に至っていることが考えられ、退院後の医療的な対応が必要なケースも想定されます。そのため、地域で受け入れる体制強化に向けた取り組み等を行っていくことも必要です。

【新規認定者における要介護度別の原因疾患】

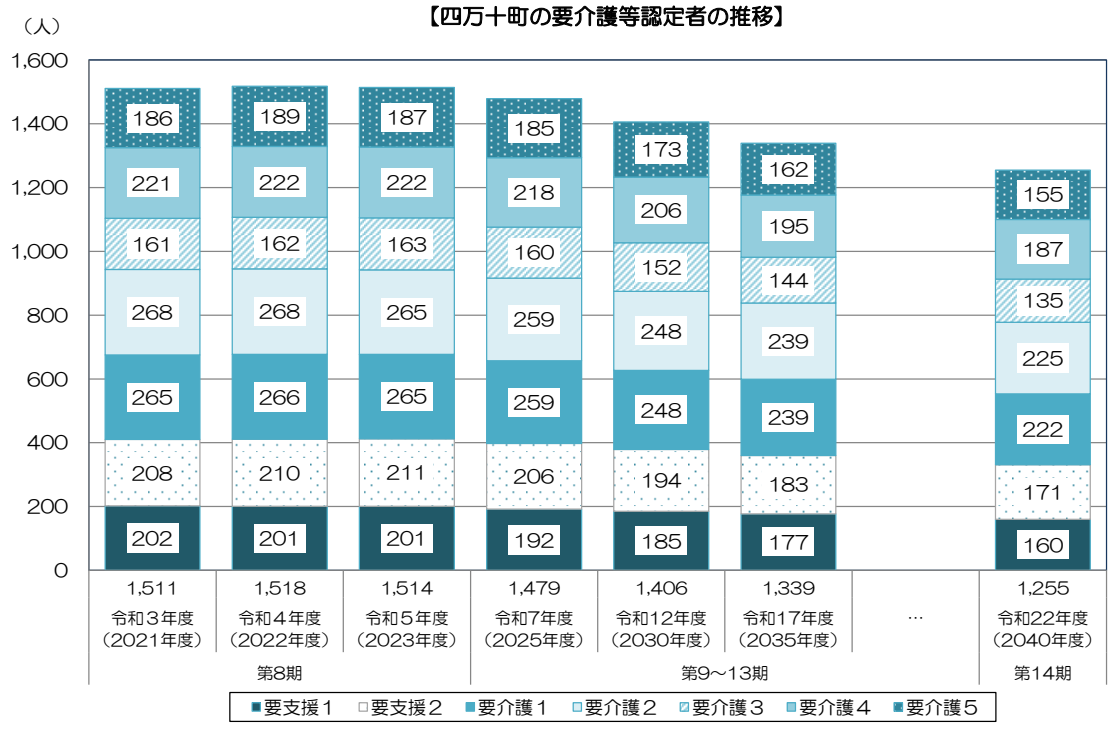


（５）要介護認定者の推計

人口推計結果と令和２年９月末時点の認定率をもとに、本計画期間における要支援・要介護認定者の推計を行いました。

単位：人

	第8期			第9～13期			…	第14期
	令和３年度（2021年度）	令和４年度（2022年度）	令和５年度（2023年度）	令和7年度（2025年度）	令和12年度（2030年度）	令和17年度（2035年度）		令和22年度（2040年度）
合計	1,511	1,518	1,514	1,479	1,406	1,339		1,255
要支援１	202	201	201	192	185	177		160
要支援２	208	210	211	206	194	183		171
要介護１	265	266	265	259	248	239		222
要介護２	268	268	265	259	248	239		225
要介護３	161	162	163	160	152	144		135
要介護４	221	222	222	218	206	195		187
要介護５	186	189	187	185	173	162		155



※コーホート変化率穂法による人口推計結果と令和２年９月時点の認定率を用いて算出

（６） 認知症高齢者数の推移

認知症高齢者の自立度Ⅱ以上の推移をみると、増減を繰り返しており、令和元年度では1,166 人となっています。内訳を平成 27 年度と比較してみると、区分Ⅱb 以外で減少しており、区分Ⅳでは 48 人、区分Ⅲa で 24 人減少しています。

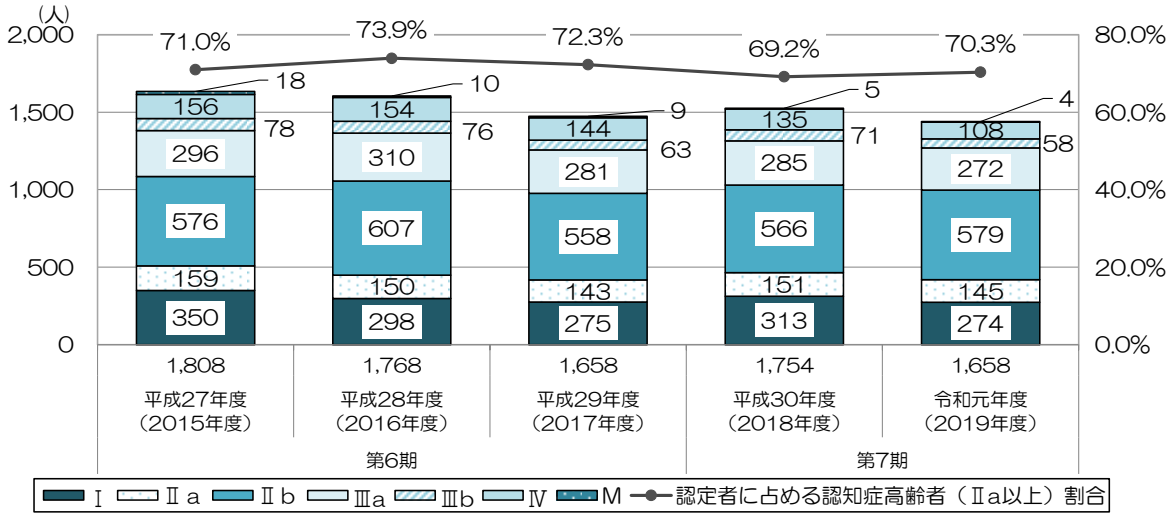
認定者に占める認知症高齢者割合も年度により増減しており、令和元年度では 70.3%となっています。

認知症に関する地域包括支援センターへの相談件数は、近年では増加傾向にあります。

単位：人

区分		第6期			第7期	
		平成27年度（2015年度）	平成28年度（2016年度）	平成29年度（2017年度）	平成30年度（2018年度）	令和元年度（2019年度）
要支援・要介護認定者数		1,808	1,768	1,658	1,754	1,658
	自立	175	163	185	228	218
	Ⅰ	350	298	275	313	274
	Ⅱａ	159	150	143	151	145
	Ⅱｂ	576	607	558	566	579
	Ⅲａ	296	310	281	285	272
	Ⅲｂ	78	76	63	71	58
	Ⅳ	156	154	144	135	108
	M	18	10	9	5	4
認知症自立度Ⅱａ以上認定者数		1,283	1,307	1,198	1,213	1,166
認定者に占める認知症高齢者（Ⅱa以上）割合		71.0%	73.9%	72.3%	69.2%	70.3%

※区分については P.62 参照。



※資料：厚生労働省「介護保険総合データベース」　各年 10 月末日現在

※本指標の「認知症自立度」は、認定調査と主治医意見書に基づき、介護認定審査会において最終的に決定された認知症高齢者の日常生活自立度を指す。

（７） 障害高齢者数の推移

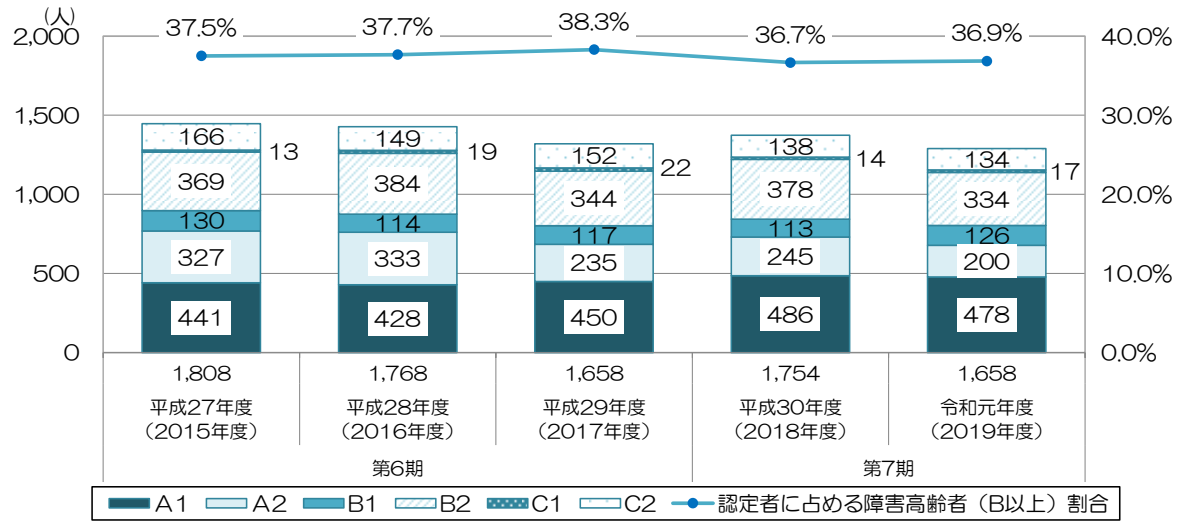
障害高齢者の障害自立度Ｂ以上の高齢者数の推移をみると、平成 30 年度に微増していますが、令和元年度では 611 人と、平成 27 年の 678 人から 67 人減少しています。内訳をみると、障害自立度B2 とC2 でそれぞれ 30 人程度が減少しています。

認定者に占める障害自立度Ｂ以上の高齢者割合は、令和元年度では 36.9%となっています。

単位：人

区分		第6期			第7期	
		平成27年度（2015年度）	平成28年度（2016年度）	平成29年度（2017年度）	平成30年度（2018年度）	令和元年度（2019年度）
要支援・要介護認定者数		1,808	1,768	1,658	1,754	1,658
	自立	5	1	3	2	1
	J1	18	27	16	24	15
	J2	339	313	319	354	353
	A1	441	428	450	486	478
	A2	327	333	235	245	200
	B1	130	114	117	113	126
	B2	369	384	344	378	334
	C1	13	19	22	14	17
	C2	166	149	152	138	134
障害自立度B以上認定者数		678	666	635	643	611
認定者に占める障害高齢者（B以上）割合		37.5%	37.7%	38.3%	36.7%	36.9%

※区分については P.63 参照。



※資料：厚生労働省「介護保険総合データベース」　各年 10 月末日現在

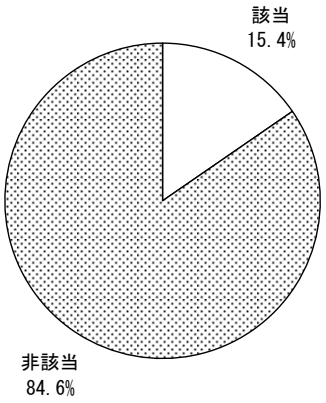
※本指標の「障害自立度」は、認定調査と主治医意見書に基づき、介護認定審査会において最終的に決定された障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）を指す。

第３節　アンケート調査結果からみえる課題

（１）介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

運動に関すること

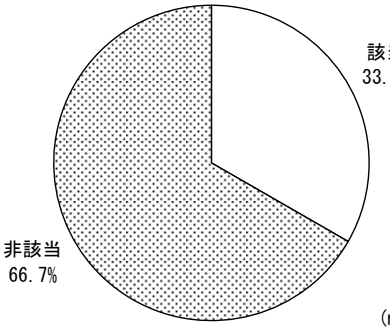
●介護保険非認定者における運動器機能の低下者は 15.4%となっており、女性の後期高齢者では約３割が低下リスクに該当しています。



(n=4,640)

		母数 (n)	運動器の機能低下リスク（非認定者）	
			該当	非該当
全体		4,640	15.4	84.6
性・年齢	男性　前期高齢者	1,092	5.4	94.6
	後期高齢者	963	18.6	81.4
	女性　前期高齢者	1,239	8.9	91.1
	後期高齢者	1,346	27.2	72.8
圏域	窪川	3,055	15.0	85.0
	大正	723	14.8	85.2
	十和	862	17.4	82.6

●介護保険非認定者における過去１年間で転倒経験のある人は 33.3%となっており、３人に１人が転倒の経験があると回答しています。



(n=4,640)

単位：%

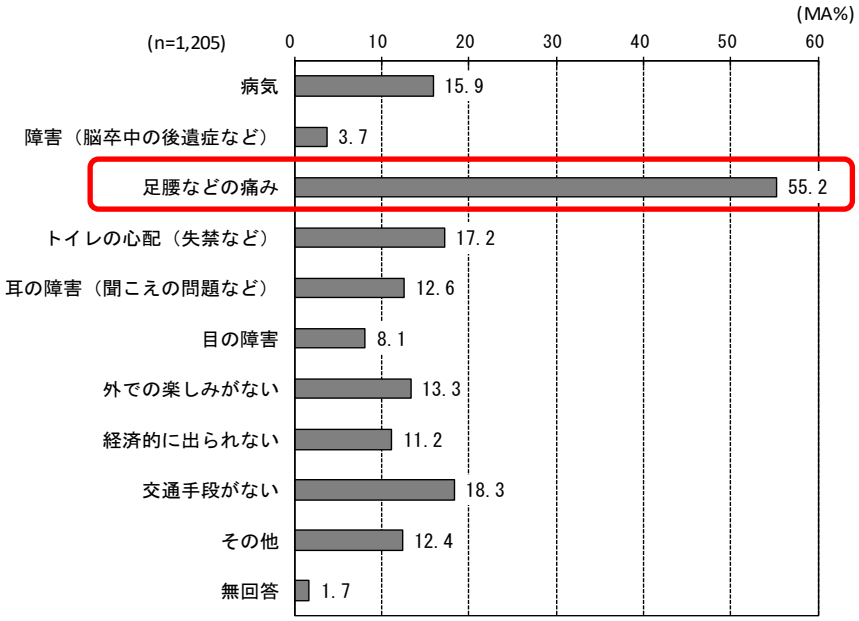
		母数 (n)	転倒リスク（非認定者）	
			該当	非該当
全体		4,640	33.3	66.7
性・年齢	男性　前期高齢者	1,092	25.4	74.6
	後期高齢者	963	38.2	61.8
	女性　前期高齢者	1,239	29.8	70.2
	後期高齢者	1,346	39.5	60.5
圏域	窪川	3,055	31.6	68.4
	大正	723	37.3	62.7
	十和	862	36.0	64.0

●転倒の不安がある人（「とても不安」又は「やや不安」）は 53.8%と半数以上の人が不安に思っています（うち転倒が何度もある人は 85.3%、１度の人は 69.3%）。

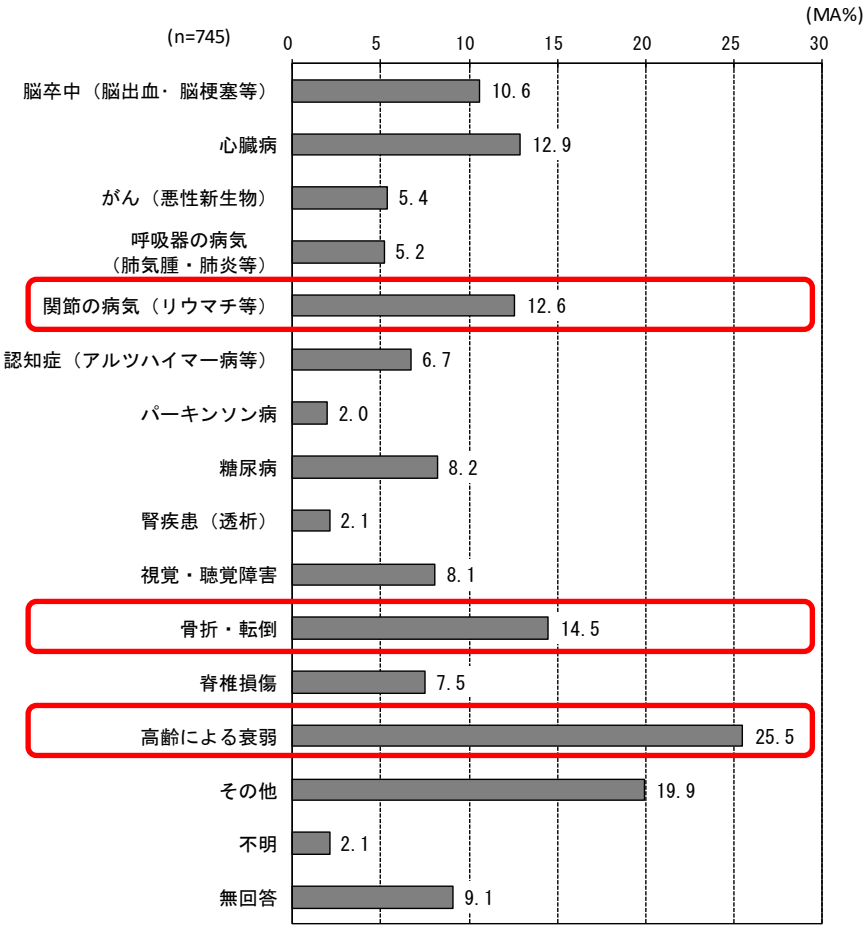
単位：%

		母数 (n)	転倒の不安				
			とても不安である	やや不安である	あまり不安でない	不安でない	無回答
全体		5,043	16.6	37.2	28.5	17.0	0.7
転倒経験の有無	何度もある	797	38.1	47.2	10.8	3.6	0.3
	１度ある	1,009	20.9	48.4	24.8	5.8	0.1
	ない	3,210	10.0	31.3	34.2	24.0	0.5

●外出を控えている理由として「足腰などの痛み」が、55.2%と最も高い割合になっています。

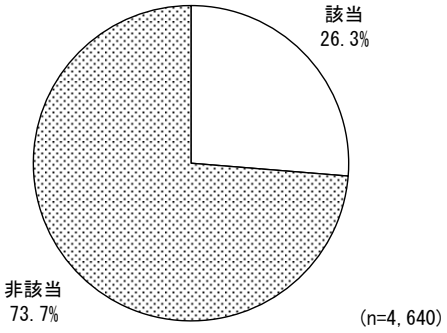


●介護・介助が必要になった原因は、「高齢による衰弱」25.5%、「骨折・転倒」14.5%、「関節の病気（リウマチ等）」12.6%であり、運動機能や筋力の衰えに関するものが上位となっています。



閉じこもりに関すること

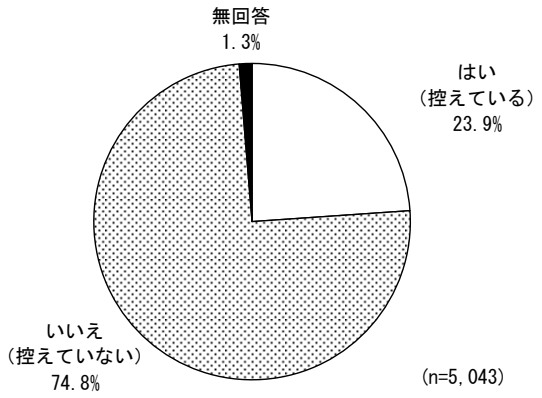
●介護保険非認定者における閉じこもりリスク該当者は 26.3%となっており、年齢が上がるにつれ閉じこもり傾向にあります。地域別にみると、窪川地域 22.4%、大正地域 32.2%、十和地域 35.2%と、十和地域において割合が高くなっています。



単位：%

		母数(n)	閉じこもりのリスク（非認定者）	
			該当	非該当
全体		4,640	26.3	73.7
性・年齢	男性　前期高齢者	1,092	15.9	84.1
	後期高齢者	963	25.4	74.6
	女性　前期高齢者	1,239	21.5	78.5
	後期高齢者	1,346	39.8	60.2
圏域	窪川	3,055	22.4	77.6
	大正	723	32.2	67.8
	十和	862	35.2	64.8

●外出を控えている人は 23.9%となっており、年齢が上がるにつれ控えている割合が高くなる傾向がみられ、後期高齢女性は約４割を占めています。

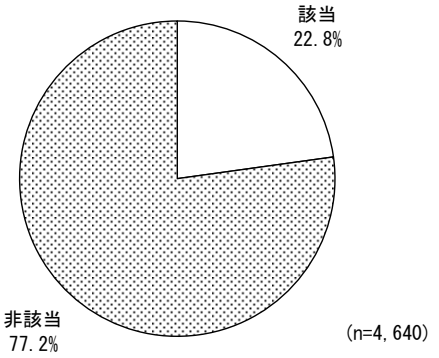


単位：%

		母数(n)	外出を控えているか		
			はい（控えている）	いいえ（控えていない）	無回答
全体		5,043	23.9	74.8	1.3
性・年齢	男性　前期高齢者	1,105	10.2	89.1	0.6
	後期高齢者	1,076	27.9	70.4	1.7
	女性　前期高齢者	1,252	12.7	86.3	1.0
	後期高齢者	1,610	39.3	58.9	1.7

口腔に関すること

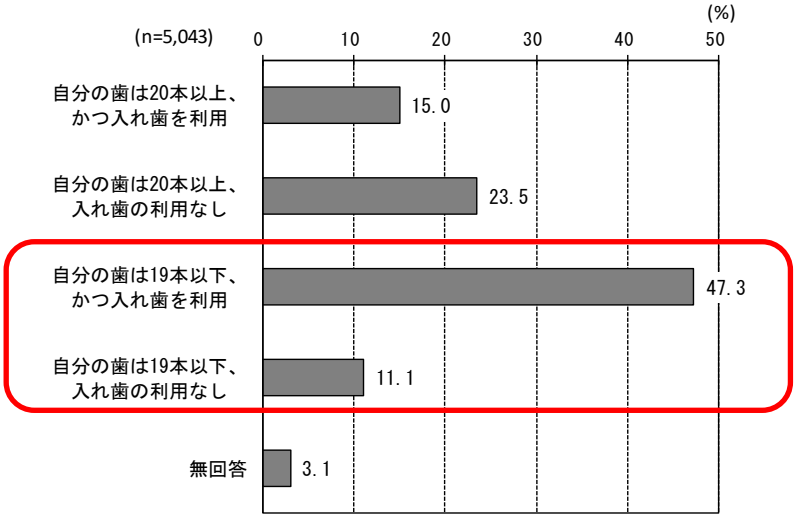
●介護保険非認定者における口腔機能の低下リスク該当者は 22.8%となっています。



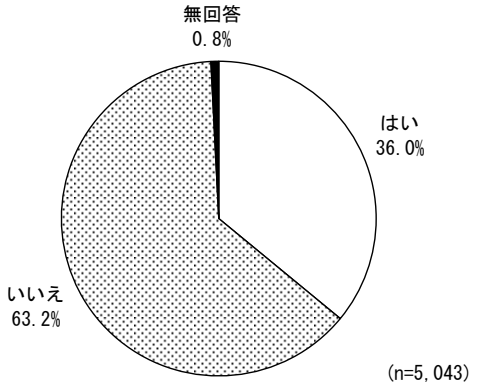
単位：%

		母数(n)	口腔機能の低下リスク（非認定者）	
			該当	非該当
全体		4,640	22.8	77.2
性・年齢	男性　前期高齢者	1,092	20.7	79.3
	後期高齢者	963	26.7	73.3
	女性　前期高齢者	1,239	18.0	82.0
	後期高齢者	1,346	26.0	74.0
圏域	窪川	3,055	23.6	76.4
	大正	723	20.9	79.1
	十和	862	21.2	78.8

●自分の歯が 19 本以下の人（義歯ありを含む）は 58.4%と半数以上を占めています。

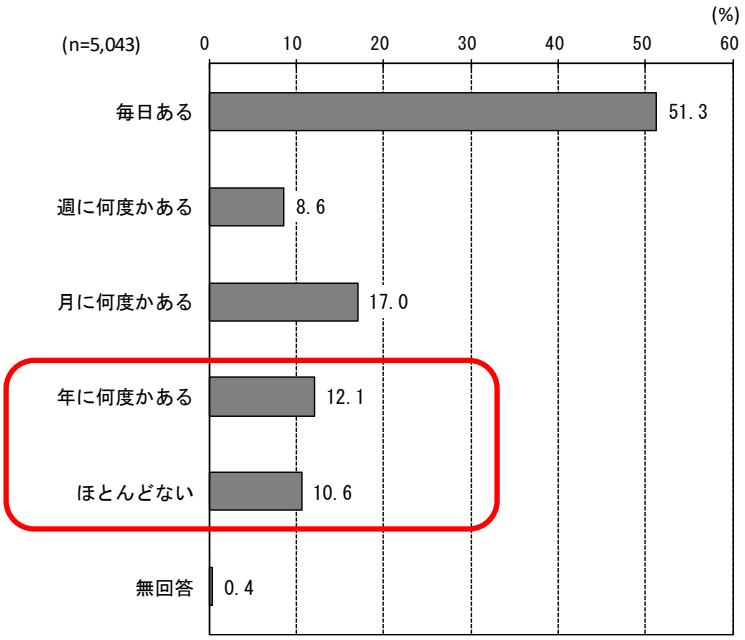


●歯科の定期受診率は 36.0%と、約６割の人は定期的な受診を行っていません。



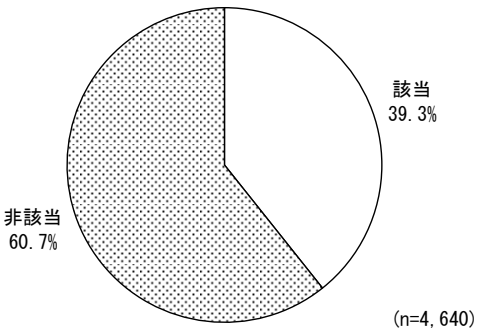
栄養に関すること

●誰かと一緒に食事をする機会がない孤食傾向の人（「年に数回」又は「ほとんどない」）は 22.7%となっており、５人に１人は１人で食事をしている結果となっています。



うつに関すること

●介護保険非認定者におけるうつ傾向にある人は 39.3%を占めており、女性の前期高齢者、１人暮らしの人は４割以上が該当しています。

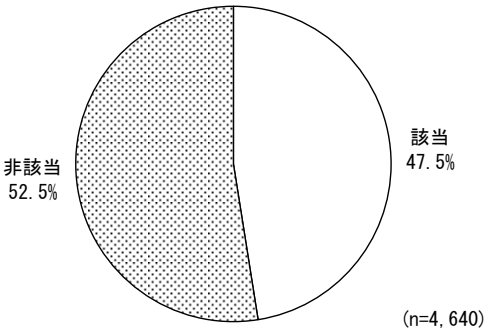


単位：%

		母数（n）	うつのリスク（非認定者） 該当	うつのリスク（非認定者） 非該当
全体		4,640	39.3	60.7
性・年齢	男性　前期高齢者	1,092	35.2	64.8
	後期高齢者	963	38.8	61.2
	女性　前期高齢者	1,239	43.3	56.7
	後期高齢者	1,346	39.2	60.8
家族構成	１人暮らし	1,043	40.3	59.7
	夫婦２人暮らし（配偶者65歳以上）	1,903	39.4	60.6
	夫婦２人暮らし（配偶者64歳以下）	173	36.4	63.6
	息子・娘との２世帯	824	36.4	63.6
	その他	667	42.0	58.0

認知症に関すること

●介護保険非認定者における認知機能の低下者（物忘れの自覚がある人）は 47.5%と、約半数の人が物忘れの自覚ありと回答しています。地域別にみると十和地域が50%を超え高くなっています。



単位：%

		母数(n)	認知機能の低下リスク（非認定者）	
			該当	非該当
全体		4,640	47.5	52.5
性・年齢	男性　前期高齢者	1,092	40.2	59.8
	後期高齢者	963	53.7	46.3
	女性　前期高齢者	1,239	41.0	59.0
	後期高齢者	1,346	55.1	44.9
圏域	窪川	3,055	46.2	53.8
	大正	723	47.6	52.4
	十和	862	52.3	47.7

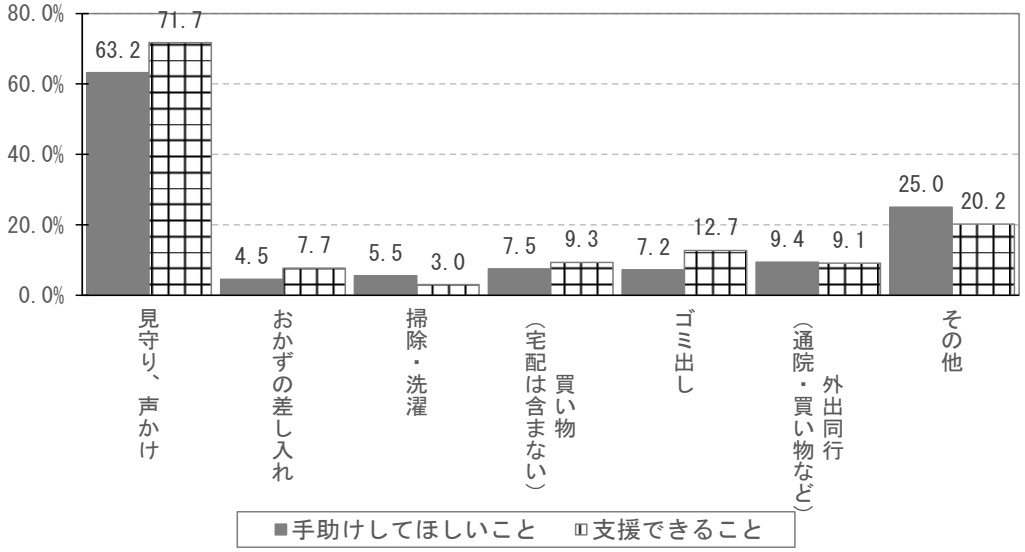
●知的能動性（自ら情報を探索・収集し、それらの幅広い情報の蓄積によって、生活の中に余暇活動を創り出す能力）が低い人（「やや低い」又は「低い」）は 47.8%となっており、男性の後期高齢者が 52.3%と最も高くなっています。

単位：%

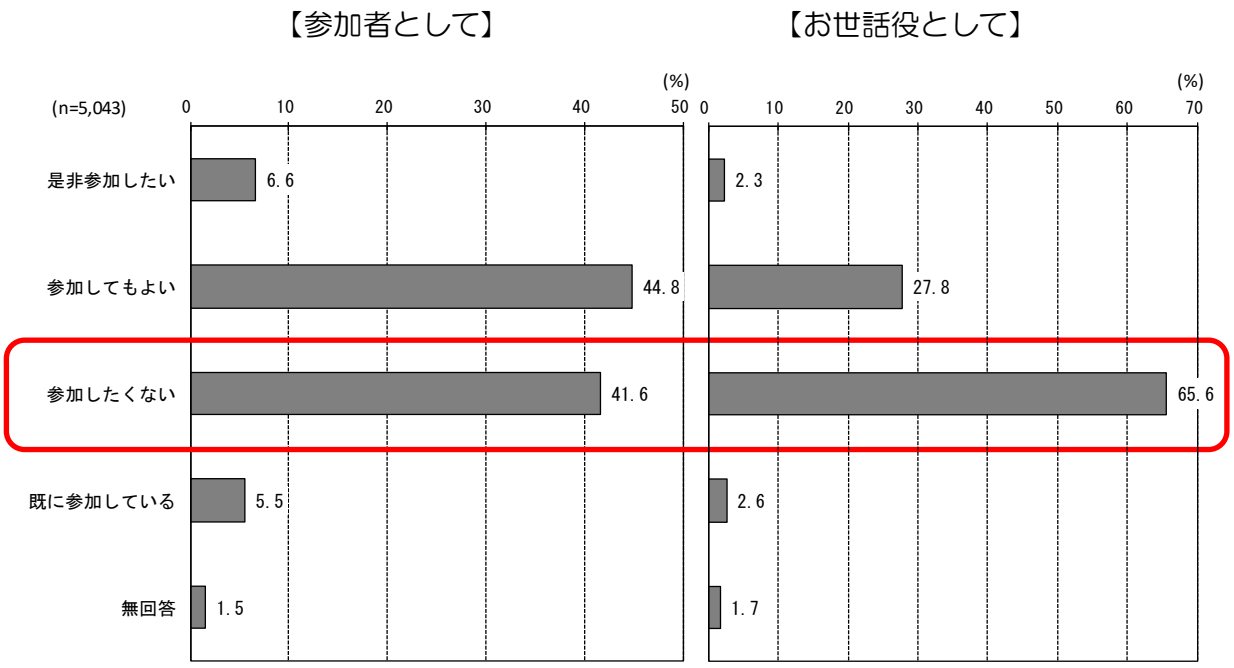
		母数(n)	知的能動性（非認定者）			
			4点（高い）	3点（やや低い）	2点以下（低い）	判定不能
全体		4,640	51.2	26.8	21.0	1.0
性・年齢	男性　前期高齢者	1,092	49.5	28.9	21.3	0.3
	後期高齢者	963	46.5	28.6	23.7	1.2
	女性　前期高齢者	1,239	58.7	25.2	15.2	1.0
	後期高齢者	1,346	49.2	25.2	24.3	1.3

生活支援・介護予防に関すること

●手助けしてほしいこと、支援できることは、「見守り、声かけ」が最も高い割合となっています。



●地域づくり活動へ「参加したくない」と回答した人は、参加者としては 41.6%、お世話役としては 65.6%と高くなっています。特にお世話役としての参加意向は低い傾向にあります。

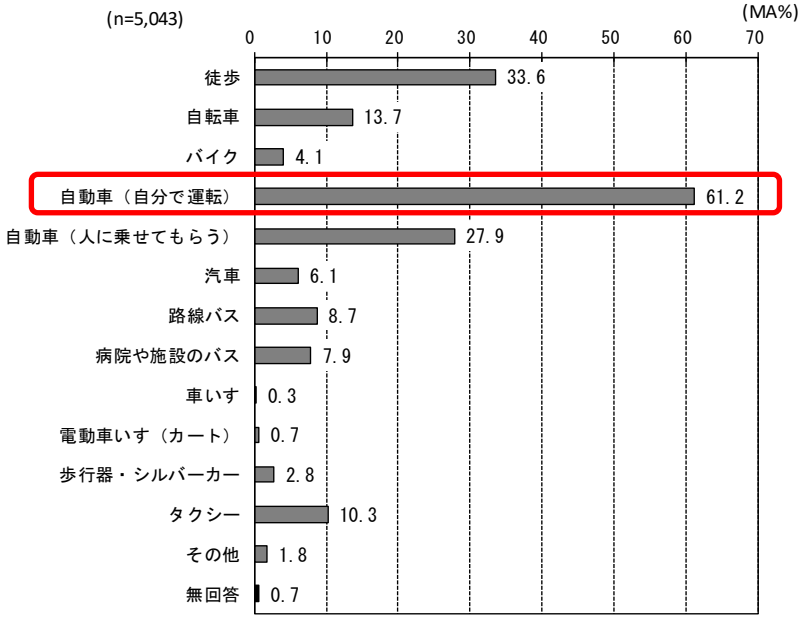


移動支援に関すること

●外出を控えている理由は「交通手段がない」が 18.3%となっています（P.１８参照）。

●閉じこもりリスクの該当者は大正地域と十和地域に多くなっています（P.１９参照）。

●交通手段は「自動車（自分で運転）」が 61.2%と最も高い割合となっています。また、閉じこもりリスク該当者は「人の自動車に乗せてもらう」が 42.2%となっています。



単位：％

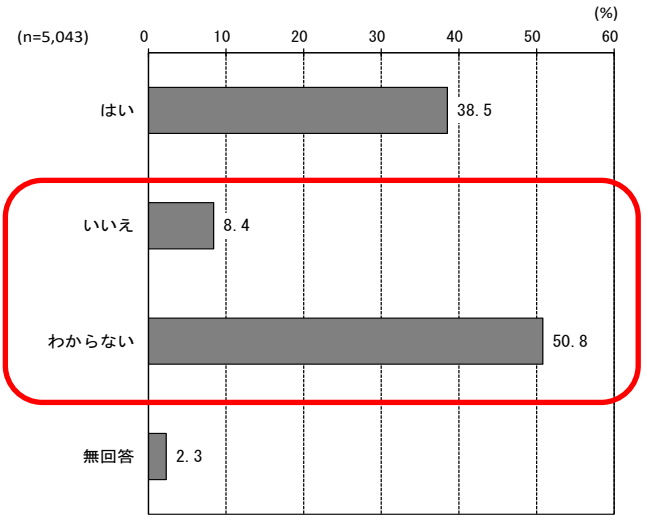
		母数(n)	外出する際の移動手段(MA) 徒歩	自転車	バイク	自動車（自分で運転）	自動車（人に乗せてもらう）	汽車	路線バス
全体		5,043	33.6	13.7	4.1	61.2	27.9	6.1	8.7
圏域	窪川	3,356	33.4	15.7	4.3	61.6	26.3	5.4	8.5
	大正	765	34.5	9.5	1.8	62.9	28.4	7.2	7.6
	十和	922	33.4	9.8	5.5	58.2	33.3	7.7	10.5
家族構成	１人暮らし	1,212	36.5	13.4	3.8	46.0	25.4	10.1	17.6
	夫婦２人暮らし（配偶者65歳以上）	2,018	33.6	15.7	4.4	70.0	25.3	4.7	5.2
	夫婦２人暮らし（配偶者64歳以下）	175	33.7	13.1	5.1	84.0	13.7	4.0	1.1
	息子・娘との２世帯	890	31.3	11.7	3.9	57.4	36.6	4.2	7.0
	その他	717	31.5	11.4	4.0	61.6	31.5	6.0	7.9
閉じこもりのリスク	該当	1,439	22.4	8.5	2.8	37.6	42.2	5.4	14.2
	非該当	3,604	38.0	15.8	4.7	70.6	22.2	6.4	6.5

単位：％

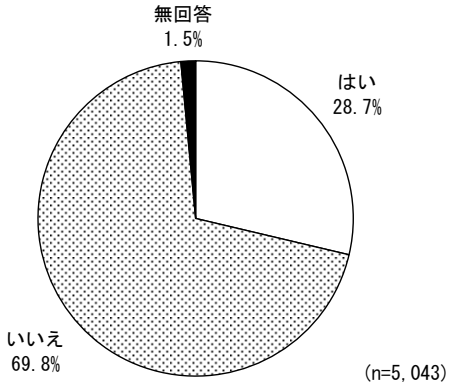
		外出する際の移動手段(MA) 病院や施設のバス	車いす	電動車いす（カート）	歩行器・シルバーカー	タクシー	その他	無回答
全体		7.9	0.3	0.7	2.8	10.3	1.8	0.7
圏域	窪川	6.7	0.2	0.7	3.2	12.8	1.8	0.6
	大正	9.0	0.4	0.5	2.2	4.6	1.4	0.5
	十和	11.2	0.4	0.7	2.0	6.0	2.3	1.2
家族構成	１人暮らし	14.2	0.2	0.9	4.6	17.5	3.0	0.8
	夫婦２人暮らし（配偶者65歳以上）	4.7	0.2	0.5	1.6	7.2	1.2	0.5
	夫婦２人暮らし（配偶者64歳以下）	1.1	0.6	－	－	4.0	1.1	－
	息子・娘との２世帯	8.0	0.3	0.4	3.5	8.8	1.5	0.9
	その他	7.7	0.6	1.0	3.2	10.5	2.1	0.6
閉じこもりのリスク	該当	13.0	0.7	1.3	4.9	16.0	3.5	1.5
	非該当	5.9	0.1	0.4	2.0	8.0	1.1	0.4

介護に関する知識不足について

●何歳からでも筋力向上ができることを知らない人（「いいえ」又は「わからない」）は59.2%と約６割の人が知らない結果となっています。



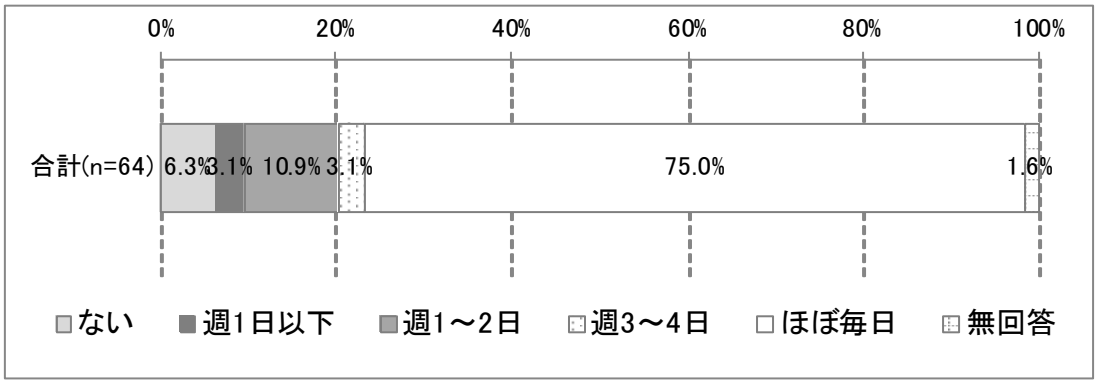
●認知症相談窓口を知らない人は約７割を占めており、認知度が低くなっています。



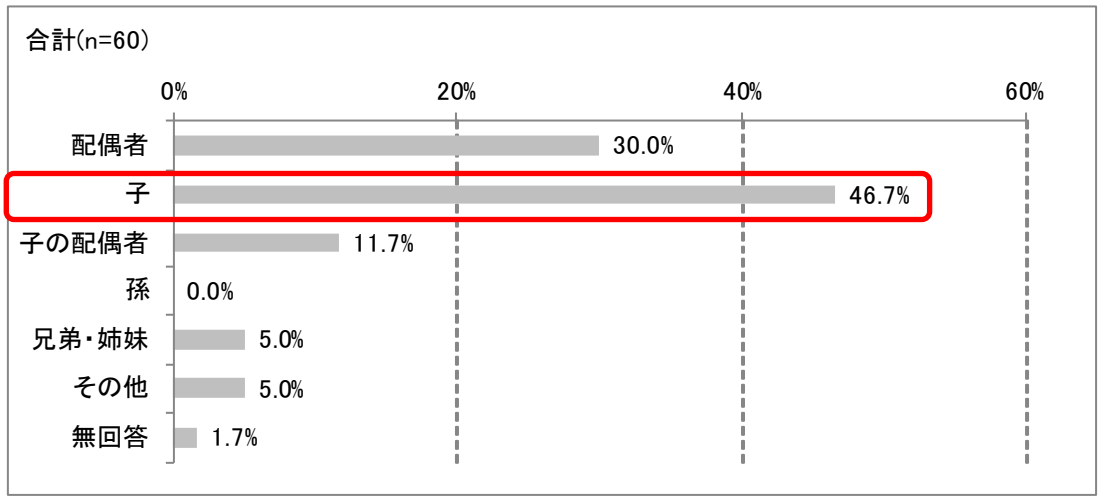
（２）在宅介護実態調査

介護者の負担について

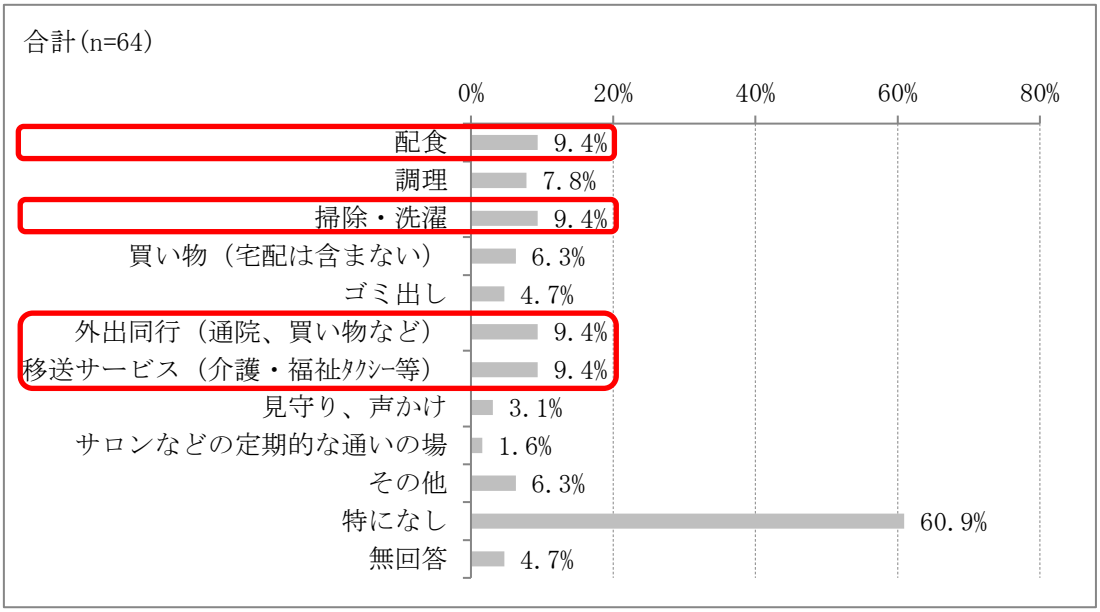
●主な介護者による介護の頻度は 75.0%がほぼ毎日と回答しています。



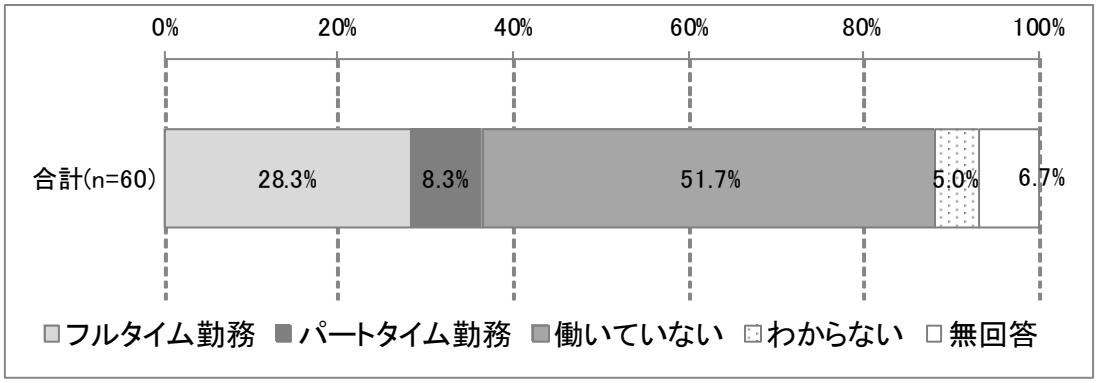
●主な介護者は「子」46.7%、「配偶者」30.0%、「子の配偶者」11.7%と、「子」の占める割合が高くなっています。



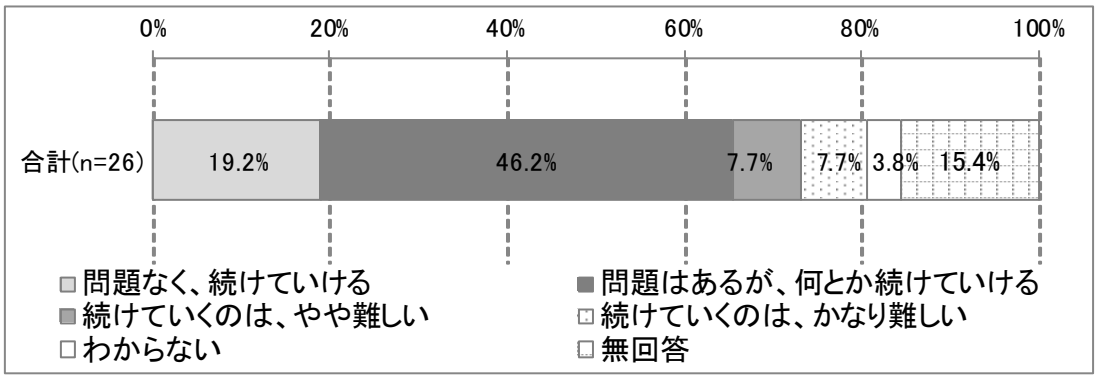
●在宅生活の継続のために充実が必要な支援は「配食」「掃除・洗濯」「外出同行」「移送サービス」が高くなっています。



●主な介護の就労状況は「フルタイム勤務」が 28.3%、「パートタイム勤務」が 8.3%と約４割が仕事をしながら介護をしている状況となっています。

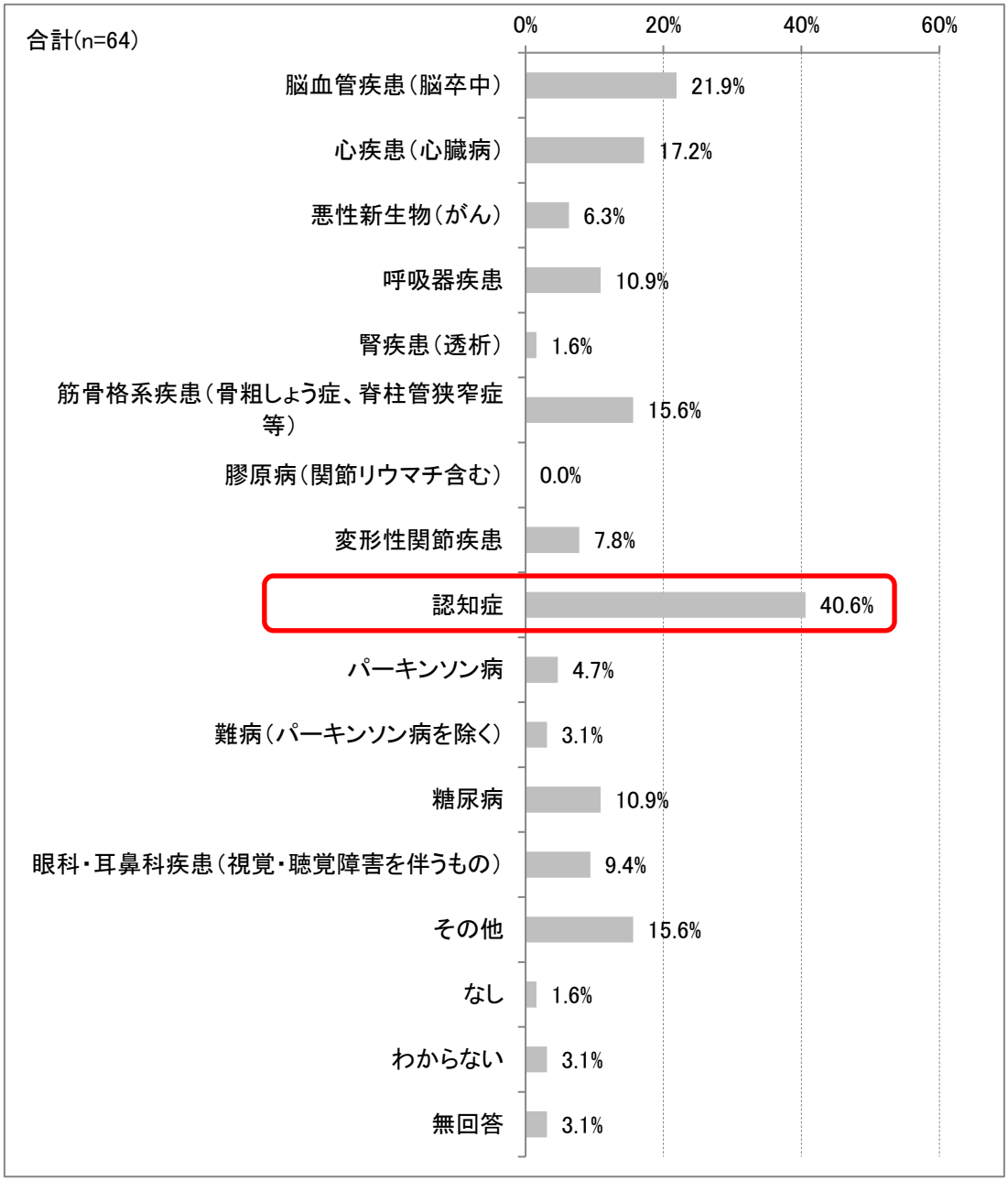


●介護のために就労継続が難しい人（「やや難しい」又は「かなり難しい」）は 15.4%となっています。

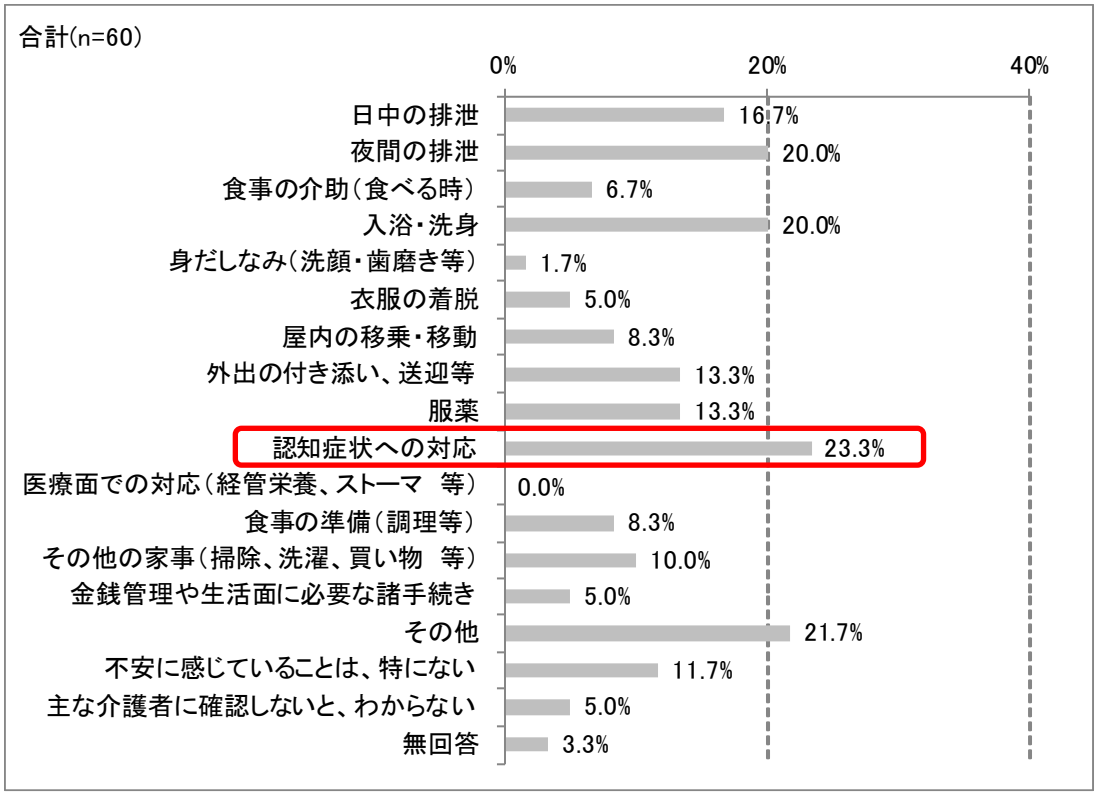


認知症に関すること

●介護されている人（本人）の抱えている疾病は「認知症」が40.6%を占めています。

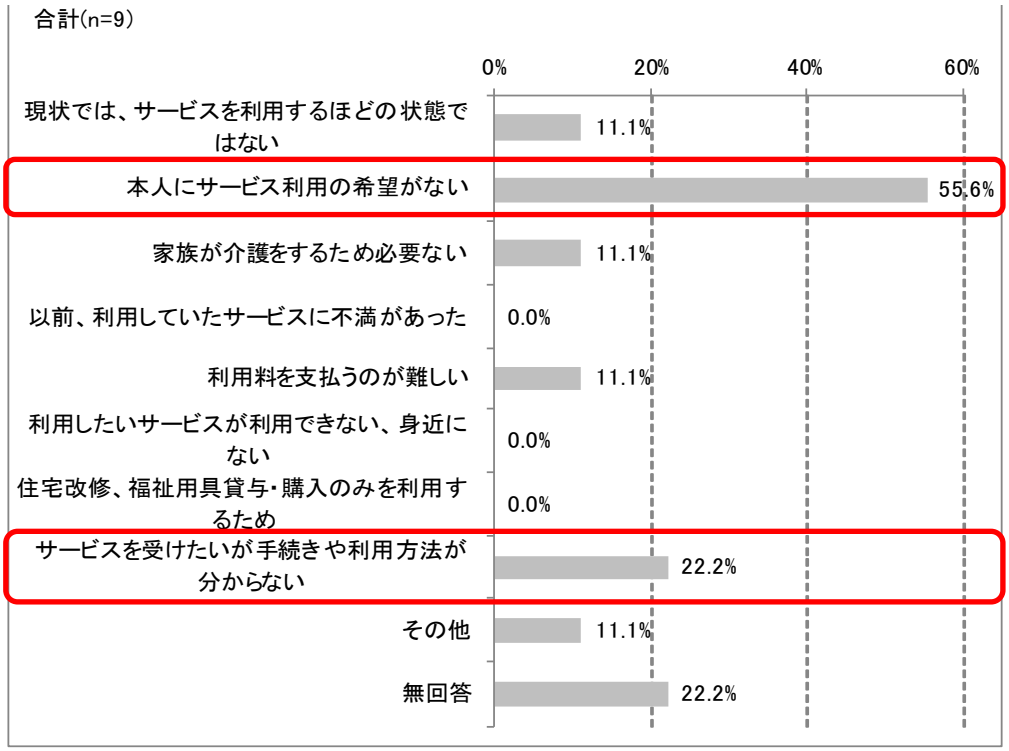


●主な介護者が不安に感じている介護は「認知症状への対応」で、23.3%と最も高くなっています。



介護に関する啓発不足について

●介護保険サービスを利用していない理由は、「本人にサービス利用の希望がない」が55.6%、「手続きや利用方法が分からない」が22.2%となっています。



第４節　重点課題の設定

介護認定者の状況や高齢者へのアンケート調査等より、本町の重点的に取り組む優先課題は、次の３つとします。

１　介護予防（重症化予防）

アンケート結果から、心身の機能や生活機能の低下、転倒への不安を感じている人が多くみられました。介護が必要になった原因としては、高齢による衰弱や骨折・転倒が上位となっています。

できる限り介護を必要とせず、いつまでも住み慣れた地域で暮らし、その人が望む生活を送れるよう、高齢者の自立支援、重度化防止に向けて様々な介護予防事業を展開していく必要があります。

さらに高齢になっても自立した生活や様々な活動を継続していくためには、健康寿命を延ばすことも重要であり、保健事業と介護予防の一体的な取り組みの充実を図っていくことが必要です。

２　認知症対策

要介護認定者に占める認知症高齢者の自立度Ⅱ以上は約７割、アンケート結果では、介護保険非認定者における物忘れの自覚がある人が約５割みられました。また、介護者が最も不安に感じている介護は認知症状への対応となっていること、認知症に関する相談窓口を知らない人が約７割いること等、認知症対策の充実が必要となっています。

認知症の課題は幅広く、認知症への理解促進、早期発見・早期対応、専門医との連携や介護の質の向上、家族への支援等多岐にわたります。

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる地域を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していく必要があります。

３　地域で支え合う仕組みづくり

少子高齢化の進行により、地域の支え手や様々な活動の担い手不足が課題となっています。また、自動車運転免許返納後や病院・買い物等への移動手段への心配の声が多くあります。アンケート調査において、「手助けしてほしいこと」と「支援できること」は共に「見守り・声かけ」が最も多く、住民同士の助け合いができる関係を構築していくことが必要です。高齢者を含む地域のマンパワーを最大限に有効活用し、地域住民が「支える側」に加わり、もともとの生活環境の中にある互助や人づきあい、地域とのつながりを重視していくことが重要となります。

第３章　計画の基本構想

第１節　第８期計画見直しに係る基本指針について

※全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議（令和２年７月31日）より

(1)2025年・2040年を見据えたサービス基盤・人的基盤の整備

いわゆる団塊世代が75歳以上となる令和７年、さらにはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年の高齢化の状況及び介護需要を予測し、第８期計画で具体的な取り組み内容や目標を計画に位置付けることが必要となっています。

なお、サービスの基盤整備を検討する際には介護離職[3]ゼロの実現に向けたサービス基盤整備、地域医療構想との整合性を図る必要があります。

(2)地域共生社会の実現

「地域共生社会」とは、社会構造の変化や人々の暮らしの変化を踏まえ、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（町内会、ＮＰＯ法人、ボランティア団体、福祉施設、学校、企業、行政等、地域づくり活動を行うことのできる地域のさまざまな担い手）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を目指すものです。この理念や考え方を踏まえた包括的な支援体制の整備や具体的な取り組みが重要となります。

(3)介護予防・健康づくり施策の充実・推進

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、介護予防・健康づくりの取り組みを強化して健康寿命の延伸を図ることが求められています。

その際、一般介護予防事業の推進に関して「PDCAサイクル[4]に沿った推進にあたってデータの利活用を進めることやそのための環境整備」、「専門職の関与」、「他の事業との連携」を行うこと、介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の対象者や単価の弾力化を踏まえて計画を作成すること、保険者機能強化推進交付金等を活用した施策の充実・推進、在宅医療・介護連携の推進における看取りや認知症への対応強化等を図ること、要介護（支援）者に対するリハビリテーションの目標設定等が重要となります。

---

[3] 家族を介護することを理由に仕事を辞めることを指します。

[4] ＰＤＣＡとはPlan（計画）、Do（実行）、Check（評価）、Action（改善）の頭文字をとったものです。この４段階の活動を繰り返し行なうことで、継続的にプロセスを改善・最適化していく手法のことをいいます。

(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

高齢者が住み慣れた地域において暮らし続けるための取り組みとして、「自宅」と「介護施設」の中間に位置するような住宅も増えています。また、生活面で困難を抱える高齢者が多いことから、住まいと生活支援を一体的に提供する取り組みも進められており、都道府県・市町村間の情報連携を強化することが必要となります。

近年、特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅が増加しており、多様な介護ニーズの受け皿となっている状況を踏まえ、将来に必要な介護サービス基盤の整備量の見込みを適切に定めるためには、これらの入居者定員総数を把握することが重要です。あわせて、必要に応じて都道府県と連携しながら、特定施設入居者生活介護（地域密着を含む）の指定を受ける有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅（介護付きホーム）への移行を促すことが望ましいとされています。

(5)認知症施策推進大綱等を踏まえた認知症施策の推進

「認知症施策推進大綱」を踏まえ、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していく必要があります。

具体的な施策として①普及啓発・本人発信支援、②予防、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援、⑤研究開発・産業促進・国際展開の５つの柱に基づいて施策が推進されています。

運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスの収集・普及とともに、通いの場における活動の推進等、正しい知識と理解に基づいた予防を含めた認知症への「備え」としての取り組みが求められています。

(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り組みの強化

現状の介護人材不足に加え、令和７年以降は現役世代（担い手）の減少が顕著となり、地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保が大きな課題となります。

このため、第８期計画に介護人材の確保について取り組み方針等を記載し、計画的に進めるとともに、都道府県と市町村とが連携しながら進めることが必要です。

さらに総合事業等の担い手を確保する取り組みや、介護現場の業務改善や文書量削減、ロボット・ICT の活用の推進等による業務の効率化の取り組みを強化することが重要となっています。

(7)災害や感染症対策に係る体制整備

新型コロナウイルス感染拡大や、昨今の豪雨災害で高齢者施設の被害が相次いだことを受け、介護事業所等と連携し防災や感染症対策についての周知啓発、研修、訓練等の実施や、関係部局と連携し、災害や感染症の発生時に必要な物資（マスクやガウン等）についての備蓄・調達・輸送体制の整備等が求められています。

第２節　計画の基本理念

今後の計画は、目の前に迫った令和７年だけではなく、令和 22 年を見据えた「地域包括ケア計画」として段階的に取り組みを進めていくものになります。

第８期計画においては、第７期計画の理念や取り組みを発展的に受け継ぎ、地域包括ケアシステムの更なる構築に向けて、以下の基本理念を設定します。

基本理念　地域住民の一人ひとりが　いきいきと暮らせるまちづくり

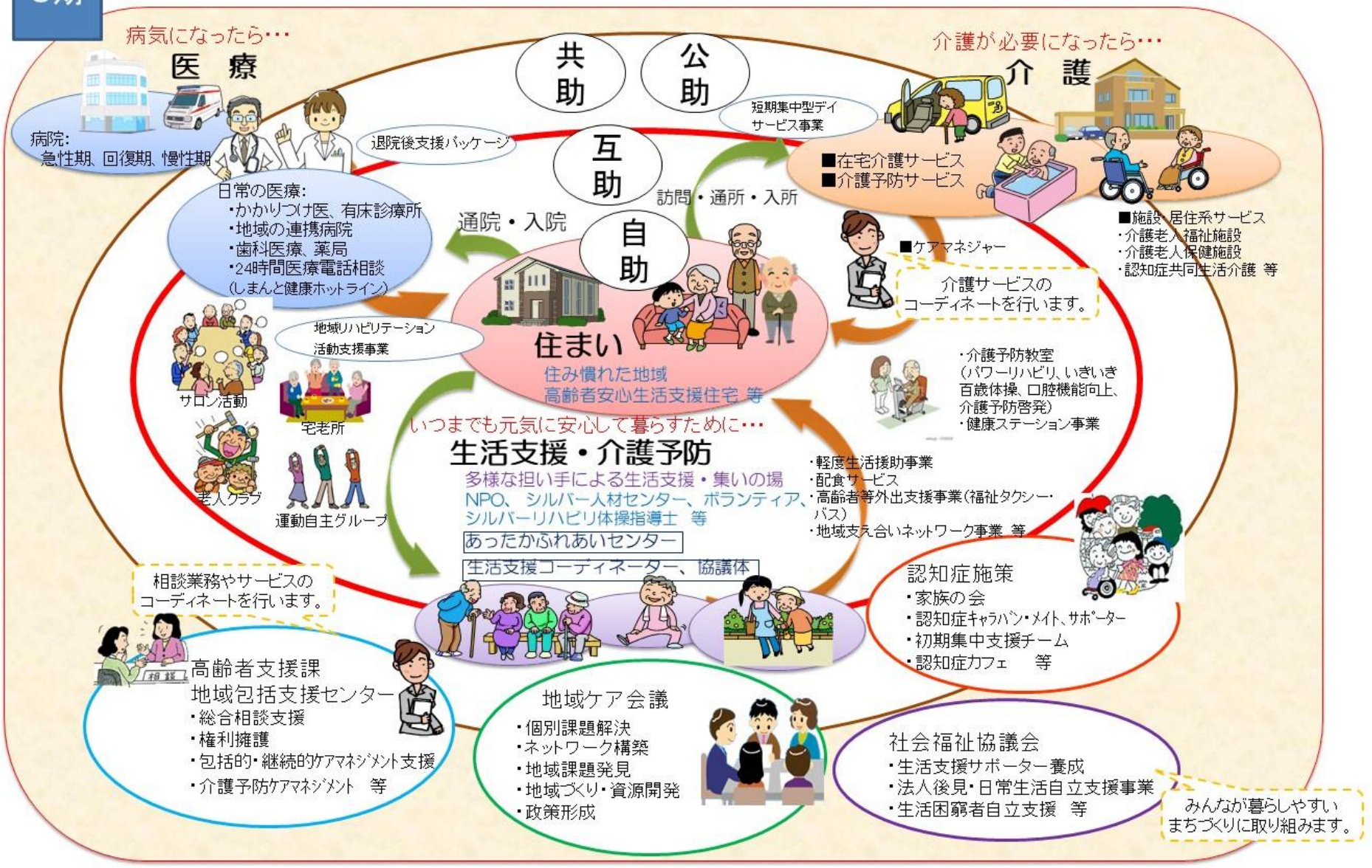
高齢になっても、可能な限り、住み慣れた地域でいきいきと暮らし続けられるよう、自宅をはじめとする住まいを確保した上で、医療、介護、介護予防及び生活支援を一体的に提供するための地域づくりを目指します。このような地域包括ケアシステムの構築は、「自助」・「互助」・「共助」・「公助」[5]を組み合わせることにより、実現されます。

本町では、特に「介護予防」の観点を重視し、介護予防について住民や関係者の理解を深めるための普及啓発活動や各地区の介護予防に資する活動を支援します。

[5]「自助」・「互助」・「共助」・「公助」とはそれぞれ以下のことを指します。
「自助」：自分のことは自分でする。自らの健康管理。
「互助」：ボランティア活動等、相互の支え合い。費用負担がない自発的なもの。
「共助」：介護保険に代表される被保険者の負担のある社会保障制度等。
「公助」：税による公の負担。生活保護等。

8期

四万十町地域包括ケアシステムの構築



第３節　計画の基本目標

重点課題への取り組み、将来像の実現及び地域包括ケアシステムの構築に向けて、４つの基本目標を掲げ、各施策を推進していきます。

基本目標１　介護予防と健康・生きがいづくりの促進

高齢者が要介護状態または要支援状態となることを予防し、活動的で生きがいのある生活を送ることができるよう、地域において介護予防に資する自発的な活動を支援します。また、要支援、要介護状態になっても、重度化することを防止する取り組みを推進していきます。

単に体力や筋力をつけるプログラムだけではなく、趣味やボランティア活動、就労支援等を通して、誰もが生きがいを持って、学び、集い、交流できる活動にも支援を行い、介護予防と高齢者の自立した生活や社会参加の促進に取り組みます。

さらに、高齢者の健康増進に関する情報提供や普及啓発を積極的に展開しながら、生活習慣病の予防及び改善、健診等の定期受診、関係機関が連携して健康の増進、疾病の発症予防に取り組む等、保健事業と介護予防の一体的な取り組みを推進していきます。

基本目標２　認知症施策の総合的な推進

認知症になっても住み慣れた地域でその人らしく暮らし続けられるようにするためには、介護保険サービスだけではなく、地域における認知症への理解や支援が必要です。

本町では、認知症の発症を遅らせたり、認知症になっても進行を緩やかにするための予防や、認知症への理解を深めるための正しい知識についての普及・啓発を重点的に行っていきます。

また、認知症が疑われる場合の初期対応の充実や、認知症の人の家族に対する支援体制の充実等に努めていきます。

基本目標３　地域で高齢者を支える仕組みづくり

いわゆる団塊の世代が後期高齢者となる令和７年、さらに団塊ジュニア世帯が前期高齢者となる令和 22 年を見据え、地域包括支援センターを中心とした関係機関の連携強化、在宅医療・介護連携の推進や地域ケア会議、高齢者福祉サービスの充実等地域包括ケアシステムの構築に努めます。

また、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるようにするためには、多様な住まいの充実や高齢者への生活支援等、幅広い支援が必要です。高齢者のニーズに対応し、適切な支援が可能となるよう、体制づくり、仕組みづくりに努めます。

基本目標４　介護保険事業の適正・円滑な運営

介護を必要とする高齢者が増加する中でも介護保険制度の持続の可能性を確保し、適切なサービスが提供されるよう、施設や事業所等の適切な整備や介護給付の適正化等に努めます。

第４節　日常生活圏域の設定

「日常生活圏域」とは、高齢者が住み慣れた地域で適切なサービスを受けながら安心して生活できる環境を整備するため、日常の生活で結びつきのある地域を範囲として、その区域単位で必要なサービスを整備していこうというものです。

第８期計画においても、これまでに設定した日常生活圏域を引き継ぎ、本町全体を一つの圏域として定めます。

第５節　災害や感染症対策に係る体制整備

大規模災害や、新型コロナウイルス等新たな感染症の流行により、高齢者が犠牲となる事例が相次いでいます。高齢者は、迅速・的確な避難等の行動が取りにくく、被災の危険性及び感染症発生時は重症化する危険性が高いことから、災害及び感染症対策に係る計画等の策定や訓練等の実施、必要な物資の備蓄、設備等の整備等、平時から備えておくことが重要となっています。

「地域防災計画」や国、高知県の通達等に基づき、災害時における自力避難が困難な高齢者の安全確保について日頃から関係機関等と連携し取り組むとともに、住民の防災意識の向上、地域主体の自主防災組織の育成・活動強化の推進を図ります。さらに、介護事業所等での災害や感染症の対策が徹底されるよう促進し、感染症等に関する研修の実施を検討していきます。

また、新型コロナウイルスやインフルエンザをはじめとする感染症予防対策として、感染症対策マニュアルの作成やマスク等の物資が介護事業所等で調達できるよう支援するとともに、定期的に物資の確認を行います。感染時には、介護サービス事業所に適用される人員等の各種基準や介護報酬の柔軟な取扱いを周知し、介護サービスの継続に資する対策を実施していきます。

第６節　施策体系

基本目標１　介護予防と健康・生きがいづくりの促進

重点目標	個別施策
（1）介護予防・生活支援サービス事業の充実	1.訪問型サービス
	2.通所型サービス
	3.その他の生活支援サービス
	4.介護予防ケアマネジメント
（2）一般介護予防事業の強化	1.介護予防普及啓発事業
	①高齢者運動教室
	②高齢者筋力向上トレーニング事業
	③口腔機能向上教室
	④健康ステーション事業
	⑤介護予防啓発教室
	2.地域介護予防活動支援事業
	①宅老所運営支援事業
	②高齢者運動自主グループ活動支援事業
	③シルバーリハビリ体操3級指導士の養成
	3.地域リハビリテーション活動支援事業
	①いきいき百歳体操アドバイザー派遣事業
	4.高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施
（3）生活支援体制の整備	1.生活支援コーディネーターの配置
	2.協議体の充実
	3.就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）の配置
（4）生きがいづくりの支援	1.老人クラブ活動の推進
	2.シルバー人材センターへの活動支援

基本目標２　認知症施策の総合的な推進

重点目標	個別施策
（1）認知症の人や家族に対する支援	1.認知症初期集中支援推進事業の継続
	2.認知症ケアの向上
	①専門職研修
	②グループホーム連絡会
	3.認知症の人や家族に対する支援
	①認知症家族の会
	②認知症カフェ
（2）認知症の人を地域で支える取り組みの推進	1.認知症地域支援推進員活動の推進
	2.認知症の理解を深めるための普及啓発
	①認知症サポーター養成講座、認知症キャラバン・メイトの活動支援
	②認知症講演会
	③認知症の知識の普及啓発
	④相談窓口の周知
	⑤認知症ケアパス作成・普及事業

基本目標３　地域で高齢者を支える仕組みづくり

重点目標	個別施策
（1）あったかふれあいセンター事業の拡充	
（2）地域支え合いネットワーク事業の啓発・拡充	
（3）中山間地域介護サービス確保対策事業の継続	
（4）地域包括支援センターの機能強化	1.地域包括支援センターの円滑な運営
	①総合相談支援事業
	②権利擁護事業
	③包括的・継続的ケアマネジメント支援事業
	④介護予防支援（指定介護予防支援事業所業務）
（5）地域ケア会議の充実	1.地域ケア会議推進事業
（6）在宅医療・介護連携の推進	1.地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案
	ⓐ 地域の医療・介護の資源の把握
	ⓑ 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
	2.ⓐ・ⓑに基づいた取り組みの実施
	ⓒ 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
	ⓓ 医療・介護関係者の情報共有の支援
	ⓔ 在宅医療・介護連携に関する相談支援
	ⓕ 地域住民への普及啓発
	ⓖ 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携
	3.地域の関係者との関係構築・人材育成
	ⓗ 医療・介護関係者の研修
	①高幡5市町在宅医療・介護連携合同研修会
	②四万十町サービス事業所連絡会
（7）在宅福祉サービスの充実	1.軽度生活援助事業
	2.配食サービス
	3.医療機関等外出支援サービス事業
	4.高齢者等外出支援事業（福祉タクシー・バス）
	5.在宅介護手当
（8）人材の確保・業務の効率化及び質の向上	1.介護人材の確保・育成
	2.介護サービスの質の向上に関する支援
	①介護保険制度に関する情報提供
	②各種相談・苦情等への対応
	③事業所の指定・指導監督
	④介護分野の文書負担軽減
（9）高齢者の住まいの確保	1.高齢者支援住宅の充実
	2.住宅等改造支援事業
	3.養護老人ホーム入所措置
	4.多様な住まいの確保

基本目標４　介護保険事業の適正・円滑な運営

重点目標	個別施策
（1）給付適正化の推進	1.要介護認定の適正化
	2.ケアプランの点検
	3.住宅改修等の点検
	4.縦覧点検
	5.給付費通知
（2）介護保険サービス事業所への助言・指導	

第４章　介護予防と健康・生きがいづくりの促進

要支援、要介護状態等になることの防止や要介護状態の軽減・悪化の防止、自立した日常生活の支援を実施できるよう、介護予防・重度化防止への取り組みを強化します。

高齢者が地域貢献や生涯学習活動等を通じて、いきいきとした生活を送ることは、生活習慣の改善や認知症予防に効果が期待され、健康寿命の延伸や介護予防等の観点からも重要となります。地域において高齢者の生きがいづくりやサロン活動、文化活動等、自主的な活動が行われていますが、今後も継続して活動が行なえるよう支援していきます。また多世代との交流や地域貢献等を行える多様な活躍の場の創出となるよう、環境づくりを行っていきます。

【重点指標】

※ 年間の新規認定者の状況（新規認定者数及び割合、平均認定者の平均年齢等）を集計し、時系列や他市町村との比較を行うことで、介護予防活動の推進状況の評価を行います。

項目	令和２年度	令和５年度
65 歳以上高齢者が通いの場に参加している割合※	11.5%	15.0%
「何歳からでも筋力を維持したり回復させることができると思うか」に対して「はい」と答えた人の割合※	38.5%	50.0%
「口の動きが悪くなることと肺炎は関係があると思うか」に対して「はい」と答えた人の割合※	19.6%	30.0%
地域づくり活動へお世話役として「参加してもよい」と答えた人の割合※	27.8%	30.0%

※介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の回答者の割合

第１節　介護予防・生活支援サービス事業の充実

支援を必要とする軽度の高齢者のニーズに合った、多様な主体によるサービス（訪問型・通所型・生活支援・ケアマネジメント）を行います。

訪問型サービスの軽微な生活支援については、住民ボランティアを担い手とした仕組み等の検討を行います。

通所型サービスＣについては、退院直後やフレイル（虚弱）等による生活行為の低下がみられる利用者を対象に、身体機能向上の訓練に加え、栄養、服薬管理等を含めた支援を行っていきます。

（１）訪問型サービス

施策名	事業内容
訪問型サービス	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供します。

（２）通所型サービス

施策名	事業内容	目標
通所型サービス	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場等、日常生活上の支援を提供します。	通所型サービスＣ終了後１年時点での介護サービス未利用者の割合　６割

（３）その他の生活支援サービス

施策名	事業内容	目標
その他の生活支援サービス	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを行います。	Ｐ.54「配食サービス」に記載

（４）介護予防ケアマネジメント

施策名	事業内容
介護予防ケアマネジメント	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメントを行います。

第２節　一般介護予防事業の強化

地域の介護予防拠点においては、地域の実情をアセスメントしたうえで計画的に立ち上げを支援していきます。

また、通いの場が、通所型サービスＣや運動教室等の終了後も継続して運動や交流ができる受け皿となるよう、効果的な運動の指導等の支援を行います。

住民が介護予防の必要性について理解し、主体的に介護予防に取り組むことができるよう知識の啓発を行います。

（１）介護予防普及啓発事業

施策名	事業内容	目標
高齢者運動教室	運動機能の低下がある高齢者を含む 65 歳以上の高齢者を対象に「いきいき百歳体操」を中心とした筋力運動等の教室を実施します。	24 回／年
高齢者筋力向上トレーニング事業	運動機能の低下がある（おそれのある）高齢者に対し、１クール（３ヶ月）週２回の筋力向上トレーニングを実施します。	72 回／年
口腔機能向上教室	高齢者が口腔機能向上の必要性を知り、日々の口腔ケアを意識的に行うことができるように、口腔機能評価や口腔機能向上の必要性等の指導、口腔体操等の指導を行います。	15 回／年
健康ステーション事業	健康寿命の延伸を目的とし、中強度活動と歩数に着目した「メッツ健康法」を採用し、生活習慣病予防や介護予防に取り組みます。	300 人 ／令和5年度末
介護予防啓発教室	運動、栄養、口腔、社会参加等に関する知識の習得や効果的な実施方法を知り、高齢者が主体的に介護予防に取り組むことを目的に開催します。	40 回／年

（２）地域介護予防活動支援事業

施策名	事業内容	目標
宅老所運営支援事業	宅老所の運営費の補助等を行います。 ※宅老所とは、地域のボランティア団体により、高齢者等の閉じこもりや運動機能の低下の予防のため、週１回程度、集会所や民家等を利用して運動、食事及び住民交流等、介護予防に資する内容の活動を行う介護予防拠点です。	新規立ち上げ ４か所／年
高齢者運動自主グループ活動支援事業	運動教室のフォローアップとして、各地区において「いきいき百歳体操」等ができる集いの場をつくり、運動継続による体力維持や交流等住民自らが主体的に介護予防に取り組むことを支援します。	
シルバーリハビリ体操 3 級指導士の養成	体操の普及と住民主体の地域づくりを目的に、地域で高齢者に運動の指導を行う「シルバーリハビリ体操指導士」の養成を行います。	80 人 ／令和５年度末

（３）地域リハビリテーション活動支援事業

施策名	事業内容	目標
いきいき百歳体操等アドバイザー派遣事業	介護予防に効果的な運動を継続することができるよう、リハビリテーション専門職等による運動指導を行います。	１０回／年

（４）高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

施策名	事業内容
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	健康寿命の延伸につながること、また地域全体で高齢者を支える地域づくり・まちづくりを推進していくため、高齢者が身近な場所で健康づくりの取り組みに参加でき、フレイル（虚弱）状態にある高齢者が適切な医療や介護サービスにつながることを支援します。また、疾病予防と介護予防を一体的に推進するため、国保データベースシステム等を有効に活用した対象者選定を行い、対象者の状態に見合った保健事業や介護予防事業を検討します。

第３節　生活支援体制の整備

生活支援体制整備事業は、多様な関係機関との定期的な情報共有及び連携・協働による取り組みを推進し、住民主体による日常生活上の支援体制の整備と充実・強化及び高齢者の社会参加の推進を一体的に図っていくことを目的に、「生活支援コーディネーター」の活動や、「協議体」の運営により、高齢者を支える地域づくりを進めていきます。

令和２年度から取り組みを開始した移動支援の協議体においては、地域の実情に応じた移動支援が確立できるよう協議・体制整備に努めます。

また、就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）の配置についても、高齢者の役割がある形での社会参加等を検討していきます。

（１）生活支援コーディネーターの配置

施策名	事業内容	目標
生活支援コーディネーターの配置	高齢者の生活支援・介護予防の基盤整備を推進していくことを目的とし、地域において生活支援サービスの提供体制の構築に向けてコーディネート機能を果たす役割の担い手を配置します。	３人（移動支援コーディネーター含む）

（２）協議体の充実

施策名	事業内容	目標
協議体の充実	第１層協議体（町全体を範囲）は、地域における生活支援の方向性の共有や仕組みづくりについて、社会福祉協議会と行政で協議を行います。 第２層協議体は、窪川地域（くぼかわの和）と大正・十和地域（たんぽぽの会）の２か所に設置し、住民セミナーを通じて参加しているメンバーと情報交換を中心に進めていきます。	第１層協議体 ２回／年 第２層協議体 12 回／年

（３）就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）の配置

施策名	事業内容
就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）の配置	就労的活動の場を提供できる民間企業・団体等と就労的活動の取り組みを実施したい事業者等をマッチングし、役割がある形での高齢者の社会参加等の促進のため、就労的活動支援コーディネーターの配置を検討します。

第４節　生きがいづくりの支援

老人クラブ活動の推進では、高齢者自身による多様な社会参加活動を促進し、介護予防や生活支援等の担い手としての活動ができるよう、社会福祉協議会と連携して支援していきます。

（１）老人クラブ活動の推進

施策名	事業内容
老人クラブ活動の推進	老人クラブ活動の活性化を図ることにより、生きがいと健康づくり、支え合う地域づくりの推進等、高齢者自身による多様な社会参加活動を促進し、活力ある長寿社会づくりを目的に活動の推進・支援を行います。

（２）シルバー人材センターへの活動支援

施策名	事業内容
シルバー人材センターへの活動支援	シルバー人材センターへの補助金の支援や、就労希望のある高齢者に対してシルバー人材センターやハローワークの紹介を行います。

第５章　認知症施策の総合的な推進

認知症になっても、住み慣れた地域で、その人らしい生活が維持できるよう、認知症に対する正しい知識を周知するとともに、早期発見・早期対応への取り組みと認知症の状態に応じた認知症の人及び家族等への支援を行います。

また、認知症施策推進大綱に基づき、普及啓発・本人発信支援、認知症予防、医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援等を含む取り組みの充実を図ります。

【重点指標】

項目	令和２年度	令和５年度
認知症カフェの開催箇所数	窪川２か所 大正０か所 十和１か所	窪川３か所 大正１か所 十和１か所
相談窓口を知っている人の割合※	28.7%	50.0%
認知症の理解や相談窓口を周知するための啓発を行った延べ人数		1,300 人／ 令和５年度末

※介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の回答者の割合

第１節　認知症の人や家族に対する支援

認知症の人や認知症が疑われる人及びその家族への初期支援を行い、認知症の早期診断や早期対応を図るため、認知症サポート医と専門職で構成している認知症初期集中支援チームを配置し、認知症初期集中支援事業を継続していきます。

認知症ケア向上については、ケアに携わる職員に対する研修やグループホーム連絡会を継続して行い、職員のスキルアップの促進を図ります。

また、家族の介護負担の軽減を図るために行っている、認知症家族の会の後方支援の継続や、認知症カフェを窪川・大正・十和の各地域に設置できるよう取り組みます。

（１）認知症初期集中支援推進事業の継続

施策名	事業内容
認知症初期集中支援推進事業	複数の専門職が家族の相談等により認知症の人や認知症が疑われる人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的、集中的に行い、自立した生活を支援します。

（２）認知症ケアの向上

施策名	事業内容	目標
専門職研修	認知症の人や家族を支える専門職のスキルアップを目的とした研修を行います。	１回／年
グループホーム連絡会	グループホームの資質の向上、ネットワーク構築の支援を目的とし、グループホーム職員が自主活動で主体的な意見交換や研修を行えるよう後方支援を行います。	３回／年

（３）認知症の人や家族に対する支援

施策名	事業内容	目標
認知症家族の会	認知症の人を介護する家族等の精神的負担軽減のため、情報交換やリフレッシュ研修等を行う自主活動を後方支援し、在宅で介護を続けていくことができるよう支援します。	
認知症カフェ	認知症の人や家族、地域住民、専門職等誰もが気軽に集える場（認知症カフェ）で、相談や交流、情報交換等を行います。	P.46「重点指標」に記載

第２節　認知症の人を地域で支える取り組みの推進

認知症の発症を遅らせたり、認知症になっても進行を緩やかにするための予防や、地域住民の認知症の理解を深めるための普及・啓発を重点的に行っていきます。

特に、地域のサロンや運動自主グループ、集いの場等の機会を活用した普及・啓発の取り組みに力を入れます。方法としては、認知症ケアパス（P.48 参照）の配布や、ミニ講座等を行うと同時に、必要な時に認知症の相談がスムーズにできるよう、相談窓口の周知を図ります。

そのほか、認知症サポーター養成講座の事務局である社会福祉協議会と協働して認知症サポーターの養成を行い、認知症サポーターを増やしていきます。認知症講演会についても、地域住民を対象とし、継続して行います。

（１）認知症地域支援推進員活動の推進

施策名	事業内容
認知症地域支援推進員活動の推進	認知症の人と家族を支援するため、医療機関や各支援機関、介護サービス関係機関等がそれぞれのサービスを適切に提供できるよう調整する等、当該事業の中心的な役割を担うため配置します。地域包括支援センター職員が推進員を兼務し、認知症支援や啓発を行います。

（2）認知症の理解を深めるための普及啓発

施策名	事業内容	目標
認知症サポーター養成講座、認知症キャラバン・メイトの活動支援	認知症に対する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人やその家族を温かく見守る「認知症サポーター」の養成を行います。また、認知症サポーターを養成するボランティアの講師役の「認知症キャラバン・メイト」の活動を支援します。	認知症サポーター養成人数 50 人／年
認知症講演会	認知症の人を介護する家族や地域住民等を対象とした講演会の開催により、認知症の正しい知識や対応の仕方等を啓発します。	1 回／年
認知症の知識の普及啓発	認知症予防の啓発や、認知症に対する正しい知識、認知症の対応方法等について、パンフレットの作成や配布、ミニ講座等を行い、地域住民に啓発を行います。	P.46「重点指標」に記載
相談窓口の周知	認知症の早期発見、早期対応や、介護、サービス等の相談が必要な時にスムーズに行えるよう、認知症に関する相談窓口について周知します。	
認知症ケアパス作成・普及事業	認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ（認知症ケアパス）を作成し、認知症の人を介護する家族や地域住民等に普及啓発を行います。	

第６章　地域で高齢者を支える仕組みづくり

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、町内の社会資源の拡充や機能強化に努めます。特に地域包括支援センターの機能強化や、退院後支援パッケージ（P.52 参照）の運用を開始することで入院機関を退院された方が、自立した生活が継続できるように支援を行います。

【重点指標】

項目	令和２年度	令和５年度
退院後支援パッケージの運用により再入院することなく生活が継続できる人		運用後再入院の割合 20%以下
あったかふれあいセンターにおける介護保険以外の身近な生活支援（ゴミ出し、買い物等）の拡充	（令和元年度） 実 126 人	身近な生活支援の拡充 150 人/年

第１節　あったかふれあいセンター事業の拡充

あったかふれあいセンターの拠点を生活圏域の小単位（旧町村別）に各１か所設置し、集いや訪問、軽度な生活支援、サテライト事業を行います。

さらに、業務内容の把握とアセスメントを行ったうえで、介護予防の取り組みの強化や生活支援の拡充について検討し、実施に向けた支援を行います。

施策名	事業内容
生活支援の拡充	介護保険以外の身近な生活支援の拡充について検討します（上記）。
サテライト事業 （サロン活動）	概ね 65 歳以上の高齢者に各地区の集会所等で健康相談、健康体操、昼食等のミニデイサービスを実施します。

第２節　地域支え合いネットワーク事業の啓発・拡充

見守りが必要な独居や高齢者のみの世帯等を対象に、高齢者から同意を得た上で「見守り台帳」に登録し、日々の見守りや災害時、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的としています。登録者数は年々減少傾向にありますが、区長会や民生・児童委員協議会に参加し登録と協力の呼びかけを行っていきます。

また令和２年度から、見守り台帳登録者が災害時避難行動要支援者の対象になっており、更なる普及啓発及び災害時の対応を支援していきます。

施策名	事業内容
地域支え合いネットワーク事業	日常の見守りや緊急時、災害時の支援がスムーズに行えるよう、見守りが必要な独居や高齢者世帯等に対し、緊急時連絡先や見守り役等の情報を記載した「安心カード」を配布するとともに、情報は「見守り台帳」として、区長・民生委員・警察・消防・社会福祉協議会・あったかふれあいセンター・役場（地域包括支援センター）で共有します。

第３節　中山間地域介護サービス確保対策事業の継続

中山間地域で生活する高齢者の方々が、たとえ介護が必要な状態となっても、必要な介護サービスが十分受けられ、安心して暮らし続けることができるよう、今後も補助金交付要綱に基づいて申請のあった訪問・通所系の介護サービス提供事業者に対して、補助事業を実施していきます。

施策名	事業内容
中山間地域介護サービス確保対策事業の継続	中山間地域の中でも、事業所から 20 分以上の遠距離の利用者に行った介護サービス提供に対して、介護報酬に５%～15%の範囲内で上乗せ補助することによって、事業者の負担軽減を図り事業の継続を支援します。

第４節　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の円滑な運営を行うため、全国で統一された評価指標に基づき、地域包括支援センターの運営状況の評価を毎年行います。

また、業務毎の目標、具体内容について評価を行い、それに基づいた当年度の計画を立て、地域包括支援センター運営協議会において協議します。

地域包括支援センター機能強化推進事業（令和元年度実施）において作成した「地域包括ケアロードマップ」に沿って、「後期高齢者になっても、住み慣れた地域で自立した生活を続けることができる」ことを目標とした取り組みを行います。

高齢化率が 50%を超える十和地域への地域包括支援センター整備について、職員の適切な配置等の検討を行います。

（１）地域包括支援センターの円滑な運営

施策名	事業内容	目標
総合相談支援事業	高齢者や家族等からの介護や福祉、生活等に関する相談を受けて、介護保険だけでなく、様々な福祉制度等の活用や、関係機関、地域のネットワークを活かした多面的な支援を行います。	通年
権利擁護事業	高齢者虐待の予防・早期発見・対応の他、成年後見、日常生活自立支援事業の活用も含め、高齢者の権利擁護を支援します。	通年
包括的・継続的ケアマネジメント支援事業	個々の高齢者の状況変化に応じた適切なケアマネジメントの実施、介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」という。）の資質向上、ケアマネジメントの公正・中立性の確保を図るため、地域のケアマネジャーを後方支援するとともに、他職種の連携・協働によるケアの支援を行います。	ケアマネジャー連絡会 ５回以上／年 主任ケアマネジャー連絡会 ６回／年
介護予防支援（指定介護予防支援事業所業務）	要介護状態になることをできる限り防ぎ、要介護状態になっても状態が悪化しないように、介護予防事業や各種サービス等につなげ、利用者の自立を支援します。	

第５節　地域ケア会議の充実

地域ケア会議は、町と地域包括支援センターが実施主体となり、高齢者のＱＯＬ（生活の質）の向上を目指して自立支援の視点から検討しつつ、地域課題の発見やネットワーク形成が出来ることを目的としています。個別課題に対しては、事例を提出したケアマネジャーのアセスメント力向上や、アドバイザーが事例に対して具体的な助言を行うことで、利用者の自立支援につながるよう事業を展開します。また令和２年度には、個別課題の検討から抽出された地域課題について、協議・検討を行う地域ケア推進会議を立ち上げ、高齢者を支援する上で、社会資源の整備や開発ができるよう検討していきます。

施策名	事業内容
地域ケア会議推進事業	地域包括支援センターと町が実施主体となり、高齢者のＱＯＬの向上を目指して個別課題を自立支援の視点から検討しつつ、地域課題の発見や政策形成に至る過程を関係者で協議します。

第６節　在宅医療・介護連携の推進

医療や介護が必要となっても住み慣れた地域で安心して暮らすためには在宅医療と介護の連携が重要です。地域の医療、介護関係者が他職種間の相互の理解や情報共有ができる関係を構築する等、連携を促進するための研修を実施します。更に退院後支援検討会で検討した、退院した方が自立した在宅生活が継続できることを目的に事業を展開していきます。特に地域リハビリテーション活動支援事業等を活用し、在宅にリハビリの視点を取り入れた事業展開を実践します。

また、看取りに関する取り組みや、認知症の方への対応力を強化していくことを視野に入れ、在宅医療・介護連携のさらなる推進を図ります。

（１）地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案

ⓐ 地域の医療・介護の資源の把握

施策名	事業内容
四万十町社会資源集の充実	町内にある介護保険に関する各事業所や医療等関連機関の情報や、インフォーマルな情報を把握して資源集を作成し、現場のケアマネジャーや介護サービス事業所等に配布します。

ⓑ 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

施策名	事業内容	目標
在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	地域包括支援センター運営協議会や地域ケア推進会議、大正・十和地域包括医療・ケア推進会議等で課題の整理や検討を行います。	包括運協 １回／年 その他の会議 数回／年

（２）ⓐ・ⓑに基づいた取り組みの実施

Ⓒ 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

施策名	事業内容	目標
退院後支援パッケージの運用	退院された方が、リハビリを中心に様々な社会資源を活用し、自宅での自立した生活が継続できる事を目的に支援を行います。	P.49「重点指標」に記載

ⓓ 医療・介護関係者の情報共有の支援

施策名	事業内容	目標
入退院調整ルールの運用	入退院調整ルールを運用し、医療機関とケアマネジャー間の連携を行います。	通年

ⓔ 在宅医療・介護連携に関する相談支援

施策名	事業内容	目標
在宅医療・介護連携に関する相談支援	在宅医療・介護連携に関する相談に対して、地域包括支援センターが総合相談や連携業務の中で適宜対応を行います。	通年

ⓕ 地域住民への普及啓発

施策名	事業内容	目標
地域住民への普及啓発	在宅医療・介護サービスに関して、年度毎にテーマを決めて高齢者の集いの場等を利用しての普及啓発を行います。	サロン、運動自主グループ等各１回／年

ⓖ 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

施策名	事業内容
在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携	高幡ブロック地域包括支援センター連絡協議会の在宅医療・介護連携部会において、情報共有や研修の企画等を行います。また広域連携が必要な事項について検討します。

（３）地域の関係者との関係構築・人材育成

ⓗ 医療・介護関係者の研修

施策名	事業内容	目標
高幡５市町在宅医療・介護連携合同研修会	高幡５市町の医療・介護関係者が、看取りや認知症等の事例を通して多職種連携や協働について学ぶことができるよう、研修の企画・運営を行います。	１回／年
四万十町サービス事業所連絡会	町内の各サービス事業所の資質が向上し、利用者に対して自立支援に資する適切なケアができることを目的に研修会等を開催します。	通所サービス事業所連絡会 ２回／年

第７節　在宅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るため、ゴミ出し等の軽度な生活支援の援助や配食サービス等の提供を行います。

今後も需要が高まると思われる配食サービスについては、提供できていない地域もあり、あったかふれあいセンターや住民ボランティアを活用する等、新たな配食サービスのかたちを検討していきます。

また、家庭において支援を行う介護者への慰労を目的とした手当等、在宅生活を続けられるための幅広い支援を進めていきます。

（１）軽度生活援助事業

施策名	事業内容
軽度生活援助事業	おおむね 65 歳以上の独居、又は高齢者夫婦等の世帯で障害や病弱のため家事等が困難な方を対象に、ゴミ出しや洗濯、買い物代行等の軽度な支援を行います。

（２）配食サービス

施策名	事業内容	目標
配食サービス	買い物や調理が困難な 65 歳以上の高齢者（要介護）の方や、低栄養状態もしくは見守りが必要な高齢者（要支援もしくは事業対象者）を対象に、定期的な訪問による栄養バランスのとれた食事の提供及び安否確認を行う配食サービスを実施します。	総合事業対象者（要支援・事業対象者） 30,000 食 一般会計対象者（要介護） 24,000 食 実人数 170 人／月

（３）医療機関等外出支援サービス事業

施策名	事業内容
医療機関等外出支援サービス事業	大正・十和地域の独居の高齢者や高齢者のみの世帯、高齢者と障害者のみの世帯の方で、公共交通機関を利用することが困難な方を対象に、自宅から医療機関までの送迎を行います。

（４）高齢者等外出支援事業（福祉タクシー・バス）

施策名	事業内容	目標
高齢者等外出支援事業（福祉タクシー・バス）	高齢者及び重度障害者が住み慣れた地域で社会活動を広め、閉じこもりによる体力低下や認知症の発症を予防するため、タクシー及び路線バス利用券を交付します。	利用率 47.0%

（５）在宅介護手当

施策名	事業内容
在宅介護手当	在宅で身体上、もしくは認知症のため日常生活において全面的に介助を要する高齢者を介護している親族等に対し、月２万円の手当を支給します。

第８節　人材の確保・業務の効率化及び質の向上

高知県と連携を図りながら、介護保険サービスの安定的な供給体制の確保に向け、「参入促進」「定着支援」「資質向上」の取り組みを実施することで、総合的な介護人材確保対策を進めていきます。また、事業所の人材確保に向けた支援や離職防止対策の検討を行います。

（１）介護人材の確保・育成

施策名	事業内容
介護人材の確保・育成	多様な人材の確保・育成、労働負担の軽減等の取り組みを高知県と連携して実施します。ノーリフトケア（抱えない介護等）や重度化防止の取り組みを普及させるとともに、介護現場における業務仕分けや元気高齢者を含めた介護人材の確保、介護ロボットや ICT の活用等により、介護の質の向上や離職防止を図ります。

（２）介護サービスの質の向上に関する支援

施策名	事業内容
介護保険制度に関する情報提供	介護保険パンフレットの作成・配布や文書等で、制度に関する情報提供を行います。
各種相談・苦情等への対応	介護保険制度におけるサービス内容や事業者・施設等に関する苦情・相談等について、高知県国民健康保険団体連合会と連携を図りながら適切な対応を行うとともに、町窓口に寄せられた苦情や相談、困難事例等についても、高知県や高知県国民健康保険団体連合会と連携した対応を行います。
事業所の指定・指導監督	指定事業所に対し、介護給付等対象サービスや介護報酬の請求等に関する取り扱いについて、周知及び指導を行います。
介護分野の文書負担軽減	国が示す方針に基づく個々の申請様式・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及び ICT 等の活用を行います。

第９節　高齢者の住まいの確保

身体状態や経済状況等高齢者のニーズに応じて住まいの選択ができるように、養護老人ホームやケアハウス、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等の情報提供に努めます。

また、生活の基盤となる住まいについて、自立した在宅生活を送ることが不安になってきた高齢者が、安心して暮らせるようにするため、高齢者のニーズや状況に適応できる多様な住まいの確保を推進していきます。

（１）高齢者支援住宅の充実

施策名	事業内容
高齢者安心生活支援住宅の充実	高齢者等で、在宅生活に不安がある者に対して、少人数のグループ生活で家庭に近い生活環境を提供することにより、住み慣れた地域で健康的な生活が送れるように住宅を提供します。また、ニーズの把握に努め、高齢者支援住宅の充実を図ります。

（２）住宅等改造支援事業

施策名	事業内容
住宅等改造支援事業	要支援認定者・要介護認定者及び身体障害児・身体障害者の居住する住宅を、身体の状況等に応じて安全かつ利便性に優れたものに改修、改築する費用の助成を行います。

（３）養護老人ホーム入所措置

施策名	事業内容
養護老人ホーム入所措置	住環境上もしくは経済的理由により、在宅生活を送ることが困難な高齢者を対象に、老人福祉法に基づき入所措置を行います。

（4）多様な住まいの確保

施策名	事業内容
多様な住まいの確保	持家としての住宅や賃貸住宅に加えて、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホーム等の高齢者向け住まいが、それぞれのニーズに応じて適切に供給される環境の確保と、入居者が安心して暮らすことができるよう、高知県との連携に努めます。

有料老人ホーム

65 歳以上の高齢者が食事の介助や入浴介助等の日常生活の介護サービスや、食事の提供、居室の掃除等の生活介護サービスを受けることのできる施設です。本町では令和３年１月時点で、住宅型有料老人ホーム（生活支援、食事サービス等を受けることができる施設）が１か所（57 床）整備されています。

サービス付き高齢者向け住宅

安否確認サービス、生活相談サービスを実施する民間事業者等によって運営される介護施設です。本町では、安否確認、生活相談に加え、食事や入浴も提供可能なサービス付き高齢者向け住宅が令和３年１月時点で１か所（38 床）整備されています。

第７章　介護保険事業の適正・円滑な運営

第１節　サービス別事業量の見込み

（１）居宅サービス
（２）地域密着型サービス
（３）住宅改修／介護予防住宅改修
（４）居宅介護支援・介護予防支援
（５）施設サービス

第２節　保険料の算定

（１）介護保険事業量の見込み
（２）標準給付費と介護保険料の見込み
（３）地域支援事業費
（４）第１号被保険者負担分相当額
（５）保険料収納必要額
（６）所得段階別加入者数の推計
（７）所得段階別加入割合補正後被保険者数
（８）保険料基準額の算定

※推計値が確定となり次第、掲載する予定となっています。

第３節　給付適正化の推進

介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要とする過不足ないサービスを、事業者が適切に提供するよう促します。適切なサービスの確保と、その結果としての費用の効率化を通じて介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築に努めます。

要介護認定の適正化については、一次判定への影響が大きい調査項目に重点を置いた認定調査員研修を受講することで、認定調査に関する調査基準の妥当性・認識の平準化や調査員の資質向上を図ります。

また、ケアプランの点検については、町内全員のケアマネジャーが作成した居宅介護サービス計画等の資料提出を求め、うち数件のヒアリングを行います。ヒアリングでは、ケアプラン作成の過程を確認するとともに、利用者にとって適切なケアプランの内容かどうかを点検し、必要な指導を行います。

（１）要介護認定の適正化

施策名	事業内容
要介護認定の適正化	要介護認定を行うにあたり、介護保険法の定めにより、全国一律の基準に基づき適正な認定を行います。調査員は資質向上のため、必要な研修を受講するとともに、定期に共有の機会を持ちます。

（２）ケアプランの点検

施策名	事業内容	目標
ケアプランの点検	町内全員のケアマネジャーが作成した居宅介護サービス計画の内容について、事業所に資料提出を求め、うち数件のヒアリングを地域包括センター職員（主任ケアマネジャー）と行います。	20 件／年

（３）住宅改修等の点検

施策名	事業内容
住宅改修等の点検	住宅改修費の給付に関する利用者の身体状況、居住環境及び施工内容の確認を行います。また、福祉用具貸与（例外給付）に関する必要性の確認等を実施します。

（４）縦覧点検

施策名	事業内容
縦覧点検	複数月にまたがる介護報酬の支払状況を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数等の点検を行い、請求内容の誤り等を早期に発見して適切な処置を行います。

（５）給付費通知

施策名	事業内容
給付費通知	サービス事業者からの請求に基づき、利用者のサービス利用状況を定期的にお知らせする通知で、サービス内容や回数等を領収書やサービス利用票で確認していただく目的で送付します。

第４節　介護保険サービス事業所への助言・指導

適切なサービスを提供するためには、サービス事業者が制度を理解した上で利用者の状況等、十分なアセスメントを行い、運営していく必要があり、サービス事業者への助言・指導は不可欠なものであることから今後も継続して取り組んでいきます。

また、高知県が行っている集団指導を町独自でも実施し、制度改正内容の把握漏れ防止を図るとともにサービス事業者の制度理解を深める場としても活用していきます。

施策名	事業内容
介護保険サービス事業所への助言・指導	高齢者虐待防止、身体拘束禁止等の観点から、虐待や身体拘束に係る行為及びそれらが与える影響についての理解、防止のための取り組みの促進について指導を行うとともに、一連のケアマネジメントプロセスの重要性について、理解を求めるためのヒアリングを行い、生活支援のためのアセスメント等が適切に行え、個別ケアを推進し、尊厳のある生活支援の実現に向けたサービスの質の確保・向上が図られるよう運営上の指導を行います。

第８章　計画の推進

本計画の基本理念である「地域住民の一人ひとりがいきいきと暮らせるまちづくり」を目指し、すべての高齢者が住み慣れた地域で健康で生きがいを持ち、安心して暮らせるまちづくりを実現するためには、この第８期計画を円滑に推進し、地域包括ケアシステムの確立を進めていく必要があります。

そのために、広報及び計画の推進体制を整え、進捗状況の管理・評価を行い、施策を推進していきます。

第１節　計画の周知

本計画について、広報紙、パンフレット、ホームページ等の各種媒体を利用した広報を行っていきます。

第２節　連携体制の強化

（１）庁内連携体制

高齢者支援課、地域包括支援センター等の事業担当部署が、本計画に基づき事業を推進するとともに、上位計画や関連する他計画との整合性を図りながら総合的な庁内連携を図ります。

（２）関連団体、住民組織との連携

社会福祉協議会、介護保険サービス事業所、医師会、ＮＰＯ法人等の関連団体や民生委員、老人クラブ連合会、ボランティアグループ等の住民組織との連携を強化して地域包括ケアを推進します。

第３節　進捗状況の把握と評価の実施

本計画（Plan）を実効あるものにするためには、計画に基づく取り組み（Do）の達成状況を継続的に把握・評価（Check）し、その結果を踏まえた計画の改善（Action）を図るといった、PDCA サイクルによる適切な進行管理が重要となります。

計画内容を着実に実現するため、定期的に進捗状況の把握・評価を行います。

参考資料

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
Ⅱ	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
Ⅱa	家庭外で上記Ⅱの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等
Ⅱb	家庭内でも上記Ⅱの状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等一人で留守番ができない等
Ⅲ	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
Ⅲa	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
Ⅲb	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢa に同じ
Ⅳ	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

※厚生労働省「認知症高齢者の日常生活自立度」

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

生活自立	**ランクJ**	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 （１）交通機関等を利用して外出する。 （２）隣近所へなら外出する。
準寝たきり	**ランクA**	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない。 （１）介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。 （２）外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。
寝たきり	**ランクB**	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。 （１）車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。 （２）介助により車椅子に移乗する。
	ランクC	１日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。 （１）自力で寝返りをうつ。 （２）自力では寝返りもうたない。

※厚生労働省「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」

四万十町高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会設置要綱

（趣旨）

第１条　老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の８第１項及び介護保険法（平成９年法律第123号）第117条第１項の規定に基づく、四万十町の高齢者福祉計画及び介護保険事業計画の策定に関する事項を協議するため、四万十町高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

（所掌事務）

第２条　委員会の所掌事務は、次のとおりとする。

（１）　高齢者福祉計画及び介護保険事業計画の策定に関すること。

（２）　その他計画の策定に関して必要なこと。

（組織）

第３条　委員会は、委員14人以内をもって組織し、次に掲げる者のうちから町長が委嘱又は任命する。

（１）　学識経験者　２人以内

（２）　介護保険被保険者、サービス利用者　２人以内

（３）　保健・医療・福祉関係者　２人以内

（４）　介護保険サービス事業関係者　２人以内

（５）　四万十町地域包括支援センター運営協議会及び四万十町地域密着型サービス運営委員会代表

（６）　四万十町高齢者支援課長

（７）　公募による者　４人以内

（任期）

第４条　委員の任期は、四万十町高齢者福祉計画及び介護保険事業計画の策定をもって満了とする。

２　委員が委嘱又は任命されたときにおける当該身分を喪失したときは、委員を辞職したものとみなす。

（会長及び副会長）

第５条　委員会に会長１人、副会長１人を置く。

２　会長及び副会長は、委員の互選により選出する。

３　会長は、会務を統括する。

４　副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるとき又は欠けたときはその職務を代理する。

（会議）

第６条　委員会は、会長が招集する。

２　会長は、会議の議長となる。

３　会長は、必要があると認めるときは、委員以外の者に会議への出席を求めること並びに資料の提出を求めることができる。

（事務局）

第７条　委員会の事務局は、高齢者支援課に置く。

（雑則）

第８条　この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は別に定める。

附　則

この告示は、公布の日から施行する。

策定委員名簿

	所　属　等	氏　名	備　考
1	学識経験者	矢野（やの）　敏裕（としひろ）	
2	学識経験者	眞明（しんめい）　将（すすむ）	副会長
3	介護保険被保険者、サービス利用者代表 第１号被保険者	中平（なかひら）　由起子（ゆきこ）	
4	介護保険被保険者、サービス利用者代表 第２号被保険者	山川（やまかわ）　明彦（あきひこ）	
5	保健・医療・福祉関係者 医師	澤田（さわだ）　由紀子（ゆきこ）	
6	保健・医療・福祉関係者 社会福祉法人しまんと町社会福祉協議会 在宅福祉課長	田中（たなか）　勇一（ゆういち）	
7	介護保険サービス事業関係者 四万十町ケアマネジャー連絡会会長	森（もり）　二三（ふたみ）	
8	介護保険サービス事業関係者 特別養護老人ホーム四万十荘施設長	東（ひがし）　慶人（よしひと）	
9	四万十町地域包括支援センター運営協議会 会長 四万十町地域密着型サービス運営委員会 会長	岩﨑（いわさき）　良子（りょうこ）	会長
10	四万十町高齢者支援課長	三本（みもと）　明子（あきこ）	

アドバイザー

所　属　等	氏　名	備　考
高知県須崎福祉保健所（地域包括ケア推進企画監）	夕部（ゆうべ）　茂（しげる）	