資料　1

第１０期毛呂山町高齢者総合計画（素案）

高齢者福祉計画

介護保険事業計画

認知症施策推進計画

ー令和９（2027）年度～令和 11（2029）年度ー



毛呂山町マスコットキャラクター
もろ丸くん

令和９年　月

毛呂山町

毛呂山町高齢者総合計画の策定にあたって

町長あいさつ文（顔写真入り）

令和９年３月

毛呂山町長　井　上　健　次

介護保険運営審議会会長あいさつ

委員長あいさつ文

令和９年３月

毛呂山町介護保険運営審議会　会長　鈴　木　將　夫

目　　次

第１章　計画の策定にあたって 1

１　計画策定の趣旨と背景 1

（１）計画策定の趣旨 1

（２）計画策定の背景 2

① 令和8年介護保険法の改正について 2

② 国の基本指針等 4

③ 共生社会の実現を推進するための認知症基本法の成立 6

２　計画の位置づけ 7

（１）根拠法令等 7

（２）他の計画等との関係 7

（３）計画の期間 8

３　計画の策定体制 9

（１）毛呂山町介護保険運営審議会の設置 9

（２）毛呂山町高齢者実態調査の実施 9

（３）地域包括ケア「見える化」システムによる分析 9

（４）パブリックコメントの実施 9

第２章　毛呂山町の高齢者を取り巻く現状 11

１　毛呂山町の人口と世帯の状況 11

（１）総人口と高齢者人口の推移 11

（２）前期高齢者・後期高齢者の推移 12

（３）世帯数の推移 13

（４）高齢者のいる世帯の推移 13

２　健康に関する状況 14

（１）平均寿命・健康寿命 14

（２）要支援・要介護認定者の有病状況 14

３　介護保険事業に関する状況 15

（１）第１号被保険者の推移 15

（２）第１号被保険者に占める要支援・要介護認定者の推移 16

（３）第１号被保険者に占める要支援・要介護度別認定数の推移 17

（４）調整済み要支援・要介護度別認定者数の状況 18

（５）認知症高齢者の推移 19

（６）サービス別介護保険給付費の推移 20

（７）サービス別利用者数・利用率の推移 21

４　高齢者等人口及び要支援・要介護認定者数等の推計 23

（１）高齢者等人口の推計 23

（２）要支援・要介護認定者数の推計 24

（３）認知症高齢者の推計 25

５　毛呂山町高齢者実態調査結果の概要 26
（１）介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果（抜粋） 27
（２）在宅介護実態調査（抜粋） 35
６　第９期計画の取組状況の評価と課題等 41
第３章　計画の基本的な考え方 47
１　基本理念 47
２　基本目標 48
３　計画の体系 50
４　日常生活圏域の設定 52
５　計画の実施・進行管理及び評価 53
（１）計画の実施・推進体制 53
（２）目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表 53
第４章　施策の展開 55
基本目標１　生きがいづくりと社会参加の促進 55
１　健康づくり事業・介護予防事業の推進 55
（１）健康教育及び相談体制の充実 56
（２）疾病予防の充実 56
（３）保健事業と介護予防の一体的実施 57
２　生涯学習・スポーツ活動の推進 58
（１）生涯学習 58
（２）スポーツ・レクリエーション 59
３　交流機会の充実・居場所づくりの推進 60
（１）老人クラブの活動支援 60
（２）老人福祉センター（山根荘） 61
（３）ふれあい・いきいきサロン（町社会福祉協議会事業） 61
（４）健康いきがいづくり事業（官民連携事業） 62
４　就労機会の確保 62
（１）各種就業情報の提供 62
（２）シルバー人材センター 63
基本目標２　安心して暮らせるまちづくりの推進 64
１　生活を支援するサービスの充実 64
（１）福祉機器等の貸出（町社会福祉協議会事業） 64
（２）訪問理容サービス（町社会福祉協議会事業） 64
（３）高齢者困りごと援助サービス（町社会福祉協議会事業） 65
（４）緊急通報システム 65
（５）ねたきり老人等手当・介護手当 66
（６）家族介護者（ケアラー）への支援 66
（７）生活管理指導短期宿泊事業 68

（８）養護老人ホームの措置 68
（９）町内循環バスの運行 68
２　支え合いによる地域づくり 69
（１）ボランティア活動の充実 69
（２）平時における地域見守りネットワーク体制の整備 70
（３）災害時における支援体制の整備 71
（４）生活支援体制整備事業 71
基本目標３　認知症施策の総合的な推進（認知症施策推進計計画） 73
１　認知症に関する普及啓発 73
（１）認知症への理解の促進 73
（２）認知症に関する相談体制の周知 74
（３）認知症の本人の発信支援 74
２　認知症予防活動の推進 75
（１）健康教育及び相談体制の充実（再掲　56 ページ参照） 75
（２）認知症検診の実施 75
（３）高齢者補聴器購入費助成事業の実施 75
（４）生涯学習（再掲　58 ページ参照） 76
（５）スポーツ・レクリエーション（再掲　59 ページ参照） 76
（６）老人クラブの活動支援（再掲　60 ページ参照） 76
（７）ふれあい・いきいきサロン（再掲　61 ページ参照） 77
（８）各種就業情報の提供（再掲　62 ページ参照） 77
（９）シルバー人材センター（再掲　63 ページ参照） 77
（10）ボランティア活動の充実（再掲　69 ページ参照） 78
３　認知症の人や家族に対する支援（認知症バリアフリーの推進） 79
（１）認知症の人や家族に対する支援 79
①認知症サポーターの養成 79
②チームオレンジの結成支援 79
③認知症カフェの実施 79
④認知症高齢者等ＳＯＳネットワーク事業の推進 79
⑤高齢者見守りシール交付事業の推進 80
（２）認知症総合支援事業の推進 81
①認知症地域支援推進員による支援 81
②認知症ケアパスによる情報提供 81
③認知症初期集中支援チームによる支援 81
（３）若年性認知症の人への支援 82
（４）認知症疾患医療センターを中心とした支援の充実 82
（５）成年後見制度の利用促進 83
（６）高齢者虐待の防止 83

（7）消費者被害の防止 84
（8）認知症の特性を踏まえた介護サービスの提供（再掲　111 ページ参照） 84
①認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護 84
②認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護 84
基本目標４　地域包括ケアシステムの深化・推進 85
１　相談支援体制の充実 86
（1）地域包括支援センターの運営及び機能強化 86
（2）地域ケア会議の充実 88
（3）生活支援体制整備事業【再掲　71 ページ参照】 88
（4）在宅医療・介護連携事業の推進 89
（5）認知症の人や家族に対する支援【再掲　79 ページ参照】 90
（6）福祉サービス利用援助事業（町社会福祉協議会事業） 90
２　住まいの安定的な確保 91
（1）住宅支援 91
３　介護予防・日常生活支援総合事業の充実 92
（1）介護予防・生活支援サービス事業 94
（2）一般介護予防事業 96
第５章　介護保険事業の運営 99
１　介護保険運営の安定化 99
（1）情報提供体制の充実 99
（2）介護サービスの質の確保と向上 100
（3）ケアプランの質の向上 100
（4）介護人材の確保、生産性向上、経営改善支援 100
（5）新興感染症対策に係る体制の整備 101
（6）災害に対する備えの推進 101
２　介護給付適正化と円滑な事業運営 102
３　介護サービスの充実 103
（1）居宅サービス 103
（2）地域密着型サービス 110
（3）施設サービス 114
（4）地域支援事業 115
（5）市町村特別給付 117
（6）介護サービス需要の推計と高齢者向け住まいの勘案 117
４　介護保険事業の見込量と保険料 118
（1）第１号被保険者の保険料の算出 118
（2）第１号被保険者の介護保険料 122
１　毛呂山町介護保険運営審議会設置に係る根拠条例 124
２　毛呂山町介護保険運営審議会委員名簿 126

３　諮問書 127
４　答申書 128
５　計画の策定経過 129
６　用語解説 130

第１章　計画の策定にあたって

１　計画策定の趣旨と背景

（１）計画策定の趣旨

内閣府の「令和８年版高齢社会白書」によると、令和７（2025）年10月現在の高齢者人口は3,622万人となり、高齢化率は29.4%となっています。このうち75歳以上人口は2,127万人で、総人口に占める割合は17.3%となり、65～74歳人口を上回っています。

本町における、令和８（2026）年４月１日現在の高齢者人口は11,472人、高齢化率は36.4%で、すでに町民の３人に１人以上が高齢者となっています。このうち65～74歳人口は4,452人で、総人口に占める割合は14.1%となっています。また、75歳以上人口は7,020人で、総人口に占める割合は22.3%となっており、65～74歳人口を大きく上回っています。

本町においては、令和６（2024）年３月に策定した「第９期高齢者総合計画（高齢者福祉計画・介護保険事業計画（令和６年度～令和８年度））」で、「住み慣れた地域で、いつまでも安心に・自分らしく・いきいき暮らすまち・もろやま」を基本理念に、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築を図るため、地域包括ケアシステムの推進を図ってきました。

また、令和６（2024）年１月には共生社会の実現を推進するための認知症基本法（以下、認知症基本法）が施行され、認知症の人が尊厳を保ちつつ社会の一員として尊重される社会の実現を目指し、認知症の人及びその家族の意向の尊重に配慮した施策を進めていくことが示されています。

しかしながら、今後も、団塊ジュニア世代の全てが65歳以上となる令和22（2040）年度に向けて、ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯、認知症の人の増加が見込まれ、特に要介護認定率が大きく上昇する85歳以上の人口が急速に増加することで、介護サービスの需要の増大や支援ニーズの多様化がますます進むことが予測されます。

こうしたことから、令和22（2040）年を見据えた中長期的な視点を持ち、地域包括ケアシステムの深化・推進を図っていくため、引き続き本計画の基本理念を「住み慣れた地域で、いつまでも安心して・自分らしく・いきいきと暮らせるまち・もろやま」と定め、令和９年度から令和11年度までの３年間を計画期間とする「第10期毛呂山町高齢者総合計画（高齢者福祉計画・介護保険事業計画・認知症施策推進計画（令和９年度～令和11年度））」（以下「本計画」という。）を策定します。

（２）計画策定の背景

①　令和8年介護保険法の改正について

令和８（2026）年６月、「社会福祉法等の一部を改正する法律」（令和８年法律第 51 号）が公布されました。ここには介護保険法の改正も含まれ、主な改正事項として以下の７つが挙げられています。

Ⅰ．電子資格確認の導入と被保険者証返還義務の見直し

医療分野でのデジタル化（マイナンバーカードによるオンライン資格確認）に合わせ、介護分野でも事務の効率化と過誤請求の防止を目指し、マイナンバーカードを活用することで、被保険者資格のオンライン確認を可能にします。これにより、窓口負担割合の確認や資格情報の照会が即時に行えるようになり、事務負担が大幅に軽減されます。

また、電子資格確認が普及することに伴い、物理的な「介護保険被保険者証」の重要性が低下するため、資格喪失時の返還手続きを簡素化します。紛失や回収漏れによるトラブルを減らすための合理的な運用へと移行します。

Ⅱ．夜間対応型訪問介護の廃止と定期巡回・随時対応型訪問介護看護への統合

サービスの重複を整理し、効率的な資源活用を図るため、夜間対応型訪問介護のサービス類型を廃止し、より包括的な支援が可能な「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」へ機能を一本化します。これにより、夜間帯であっても「訪問介護（身体介護）」だけでなく「看護」も一体的に提供できる体制を標準とし、利用者の安心感を高めます。既存の事業者は、統合に向けたサービス形態の移行期間が設けられる予定です。

Ⅲ．要介護認定の申請代行事業者の拡大

利用者がサービスを必要とした際に、より迅速に認定手続きに着手できる環境を整えるため、これまで申請代行が可能だったケアマネジャー（居宅介護支援事業所）等に加え、ケアマネジャーの配置が指定基準となっている「認知症グループホーム（認知症対応型共同生活介護）」、「小規模多機能型居宅介護」、「看護小規模多機能型居宅介護」等の事業所を追加します。これにより、入居者や利用者に対する申請支援がよりスムーズになり、早期のケアプラン作成とサービス利用開始が促進されます。

Ⅳ．特例居宅介護サービス費等の類型の新設及び市町村による居宅サービス等事業の特例的な実施に関する事項

中山間地域や人口減少が著しい地域では、介護報酬だけでは採算が取れず、指定事業者が撤退したり、そもそも新規参入がなかったりする「サービス提供空白地域」が顕在化しています。従来の介護保険制度（指定事業者によるサービス提供）だけでは、地域に必要なケアを維持することが困難になりつつあります。

このため、地域の実情に合わせて、市町村が主導的にサービス提供体制を確保でき

るようにするため、従来の「保険給付」という枠組みに加え、市町村が地域支援事業の枠組みなどを柔軟に組み合わせて、機動的にサービスを確保します。

従来の指定基準を満たすことが難しい地域においても、特例的な手法を用いることで、小規模な事業者やＮＰＯ等がサービス提供に関わりやすくします。

①　特例居宅介護サービス費等の類型の新設

通常の介護保険給付は「指定を受けた事業者」からのサービスに限られますが、指定事業者の確保が困難な地域において、やむを得ない事情がある場合に、自治体が認めたサービス提供についても介護保険の給付対象として認めやすくするものです。

②　市町村による居宅サービス等事業の特例的な実施

これまで市町村は保険者として「サービスを確保する責任」はありましたが、自ら直接サービスを提供することは原則として限定的でした。これを拡充し、サービスが不足する地域において、市町村が介護保険財源を活用し、地域支援事業の一環として、直接または委託により「居宅サービス等」を実施できる権限を明確化し、従来の指定基準を機械的に適用するのではなく、地域の実情に応じた柔軟な提供ルールを市町村が設定可能にします。

Ⅴ．介護支援専門員の資格に係る更新制の廃止、研修の見直し

これまでのケアマネジャー更新制度では、５年ごとに法定研修を受講しなければ資格が失効するため、現場からは「業務多忙な中での研修受講が大きな負担」「研修内容が実務と乖離している場合がある」といった指摘が根強くありました。資格維持のための高いハードルが、ケアマネジャーの離職要因や、介護現場からのキャリア転換を阻む要因の一つとなっていました。

このため、ケアマネジャー自身が主体的・継続的に専門性を高める「生涯学習モデル」への転換を目指し、更新制度という強制的な枠組みを撤廃することで、心理的・時間的な負担を軽減し、ケアマネジャーとして長く働き続けられる環境を整備します。

Ⅵ．介護予防・日常生活支援総合事業の見直し

これまでも、住民ボランティア等による「通いの場」の展開などの総合事業が進められてきましたが、地域における活動の持続可能性や、拠点となる場所の確保・運営基盤の脆弱さが課題となっていました。また、要介護状態への移行予防や住民同士の交流促進を一体的かつ安定的に継続していく仕組みが求められており、地域における身近な拠点整備の法的な後押しが必要不可欠となっていました。

本改正では、要介護状態等の防止および地域住民相互の交流の促進を目的として、関連する事業を一体的に実施するための「交流拠点」等を介護予防・日常生活支援総合事業の中に位置づけることとされ、市町村が地域の実情に応じた柔軟かつ持続可能な通いの場や交流拠点の運営を推進し、地域住民の主体的な参画による支え合いのネットワークを強化することで、高齢者の健康寿命の延伸と地域共生社会の実現をより確実なものとしていきます。

Ⅶ. 第一号介護予防支援事業の実施について

市町村が老人介護支援センターの設置者等に一括して委託しなければならないとされていた義務的な仕組みから、第一号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）を除外しました。これにより、地域の実情や事業所の参画状況に応じて、より柔軟に適切な事業者へ委託や実施を可能とする環境を整備しました。

また、第一号介護予防支援事業について、要介護状態等の防止やその悪化の防止、および地域住民相互の交流促進を目的として、厚生労働省令で定める基準に従い、当該事業を適切に実施することができる者に対して、当該事業の実施を委託することができるものとされました。これにより、相談支援や介護予防活動、住民の居場所づくりなどの機能を備えた拠点が整備され、地域包括ケアシステムの深化が図られます。

出典：厚生労働省

② 国の基本指針等

令和８（2026）年６月 29 日の社会保障審議会・介護保険部会で「基本指針の構成について」が示されました。

国が定める介護保険法第 116 条に基づく基本指針では、2040 年にかけて地域のサービス需要が変化していく中で、第 10 期介護保険事業（支援）計画から、都道府県が積極的に関与しながら、2040 年等の中長期の介護サービス見込量を見据えて策定していくことが更に重要となります。

その際、「中山間・人口減少地域対応」「医療・介護連携」「高齢者向け住まい」「人材確保、生産性向上・経営改善支援」等について、第９期までの取組を前提に、第 10 期計画における位置付けを明確化した上で、必要な取組を進めることが必要とされました。これまで以上に中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえ、地域の実情に応じた施策や目標を検討したうえでの計画策定が重要であると示しています。

【第 10 期計画において記載を充実する事項】

１　介護サービス基盤の計画的な整備

（1）介護保険事業（支援）計画の策定

・2040 年度を見据えた中長期的な推計の実施。都道府県と市町村が共通の課題認識を持った上で、地域における 2040 年に向けたサービス提供の在り方について、広域的に議論する体制の構築

・計画策定における都道府県の関与や医療・介護連携の強化等のため、計画策定過程における議論のプロセスや都道府県・市町村の医療・介護担当者等の関係者で議論すべき内容の明確化

・計画策定に当たって都道府県・市町村や関係者が確認すべき指標や状況等の提示

・介護保険事業（支援）計画におけるロジックモデルの活用や PDCA サイクルに沿った計画策定の推進

（2）地域の実情に応じたサービス提供体制の構築

・「時間軸」及び「地域軸」の両視点から、地域の類型（中山間・人口減少地域、大都市部、一般市等）を念頭に置いた計画策定の重要性
・中山間・人口減少地域におけるサービス提供体制の確保のために必要な対応（人材確保や生産性向上等の施策、新たな類型を含む特例介護サービスの活用等）の推進
・介護サービスの基盤整備にあたり、医療との連携状況や有料老人ホーム等の高齢者向け住まいの入居定員総数や要介護者等の状況の勘案
・中山間・人口減少地域等において真にやむを得ない場合における高齢者事業の廃止・転用等

２　地域包括ケアシステムの深化

・改正住宅セーフティネット法を踏まえた、住宅部局と福祉部局の連携の重要性
・総合事業の多様なサービス・活動の充実に加え、総合事業に該当しない多様な活動や事業を含めた取組の重要性
・介護予防と地域の支え合いを一体的に実施する拠点の整備・運営
・頼れる身寄りがいない高齢者等への地域包括支援センター等による相談対応の明確化、切れ目のない支援が提供される地域づくりの推進
・認知症基本法の成立及び認知症施策推進基本計画を踏まえた取組の推進
・高齢者向け住まいにおける虐待防止や、養護者に該当しない同居者等からの虐待防止の推進
・災害や感染症に対する備えとして、地域包括支援センターの業務継続に向けた計画等を策定し、平時からの地域における関係構築や訓練の実施等の重要性

３　介護人材確保と職場環境改善に向けた生産性向上、経営改善支援等

・介護人材確保、生産性向上、経営改善支援策等に関する取組の充実（多様な人材の確保・育成、離職防止・定着促進、介護職の魅力向上、外国人材の受入環境整備、介護テクノロジーの導入促進、協働化等の推進等）

出典：厚生労働省

③ 共生社会の実現を推進するための認知症基本法の成立

急速に進む高齢化に伴い、認知症の人が増加している現状から、認知症の人が尊厳を保持しつつ、希望を持って暮らすことができるよう、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法（令和５年法律第 65 号。以下「認知症基本法」という。）（令和５年法律第 65 号）が令和５（2023）年６月 14 日に成立しました。

認知症基本法は、認知症施策についての基本理念、国・地方公共団体の責務、計画の策定、基本的施策について定めるもので、認知症の人を含めた国民一人ひとりがその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会の実現を推進することを目的としており、基本理念には、認知症に対する正しい知識や理解を深めること、認知症の人のみならず、認知症の人を支える家族等に対する支援についても盛り込まれています。

認知症基本法第 11 条に基づく、国による「認知症施策推進基本計画」の策定、同法第 12 条に基づく都道府県による「都道府県認知症施策推進計画」、同法第 13 条に基づく市町村（特別区を含む）による「市町村認知症施策推進計画」の策定に努めることとされています。

◆認知症基本法成立の概要

目的
認知症の予防等を推進しながら、認知症の人が尊厳を保持しつつ社会の一員として尊重される社会（＝共生社会）の実現を図る。
基本理念
①常に認知症の人の立場に立ち、認知症の人及びその家族の意向の尊重に配慮して行われること。 ②認知症に関する正しい知識及び正しい理解が深められること。 ③認知症の人が地域において、日常生活を円滑に営むことができるとともに、尊厳を保持しつつ、意見の表明や社会活動に参画する機会が確保されること。 ④認知症の人の意思決定の支援が適切に行われるとともに、その意向を十分に尊重し、その尊厳を保持しつつ、切れ目なく保健医療サービス、福祉サービスその他のサービスが提供されること。 ⑤認知症の人に対する支援のみならず、その家族その他認知症の人と日常生活において密接な関係を有する者に対する必要な支援が行われること。 ⑥認知症に関する専門的、学際的又は総合的な研究を推進するとともに、認知症及び軽度認知障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法その他の事項に関する研究開発等の成果を普及し、活用し、及び発展させること。 ⑦教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉等の関連分野における総合的な取組として行われること。

２　計画の位置づけ

（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）第 20 条の８の規定による「市町村老人福祉計画」、介護保険法（平成９年 12 月 17 日法律第 123 号）第 117 条の規定による「市町村介護保険事業計画」を一体的に策定するとともに、共生社会の実現を推進するための認知症基本法（令和５年６月 16 日法律第 65 号）第 13 条の規定による「市町村認知症施策推進計画」として位置づけます。

また、国の指針に基づく介護給付適正化計画の内容を含めています。

●高齢者福祉計画と介護保険事業計画の性格

■高齢者福祉計画（老人福祉計画）

高齢者を対象とする福祉サービス全般の供給体制の確保に関する計画です。

■介護保険事業計画

介護保険のサービスの見込量や提供体制の確保と事業実施について定める計画であり、介護保険料の算定基礎ともなります。さらに、要介護状態になる前の高齢者も対象とし、介護予防事業、高齢者の自立した日常生活を支援するための体制整備、在宅医療と介護の連携、住まいの確保などについて定める計画です。

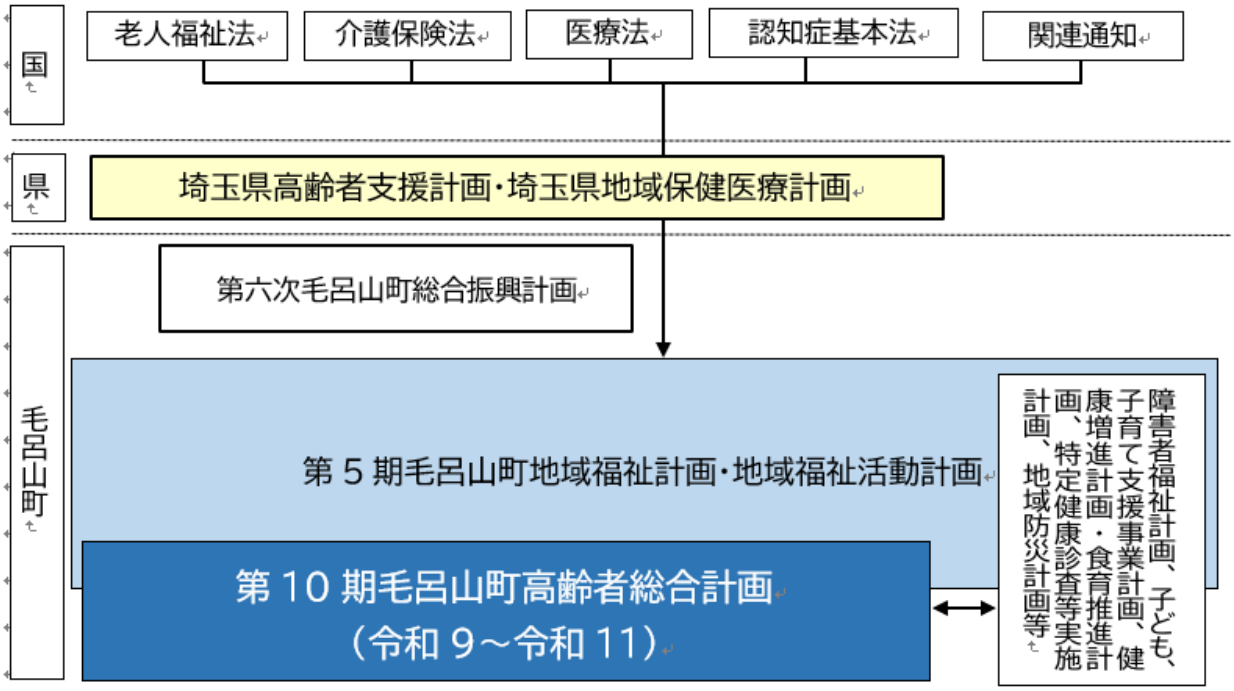
■認知症施策推進計画　（新規）

認知症になっても尊厳を保ち、安心して自分らしく暮らし続けることができる社会を目指し、市町村における認知症施策を総合的かつ計画的に推進するための計画です。

（２）他の計画等との関係

本計画は、本町の上位計画となる「毛呂山町総合振興計画」におけるまちづくりの理念を踏まえるとともに、福祉分野の上位計画に位置付けている「毛呂山町地域福祉計画・地域福祉活動計画」との整合性を図り策定します。

また、福祉分野の個別計画である「毛呂山町障害者福祉計画」、「毛呂山町子ども・子育て支援事業計画」、「毛呂山町健康増進計画・食育推進計画」をはじめ、その他関連計画との連携・整合性を図るとともに、埼玉県の「埼玉県高齢者支援計画」、「埼玉県地域保健医療計画」との整合性を図り策定します。

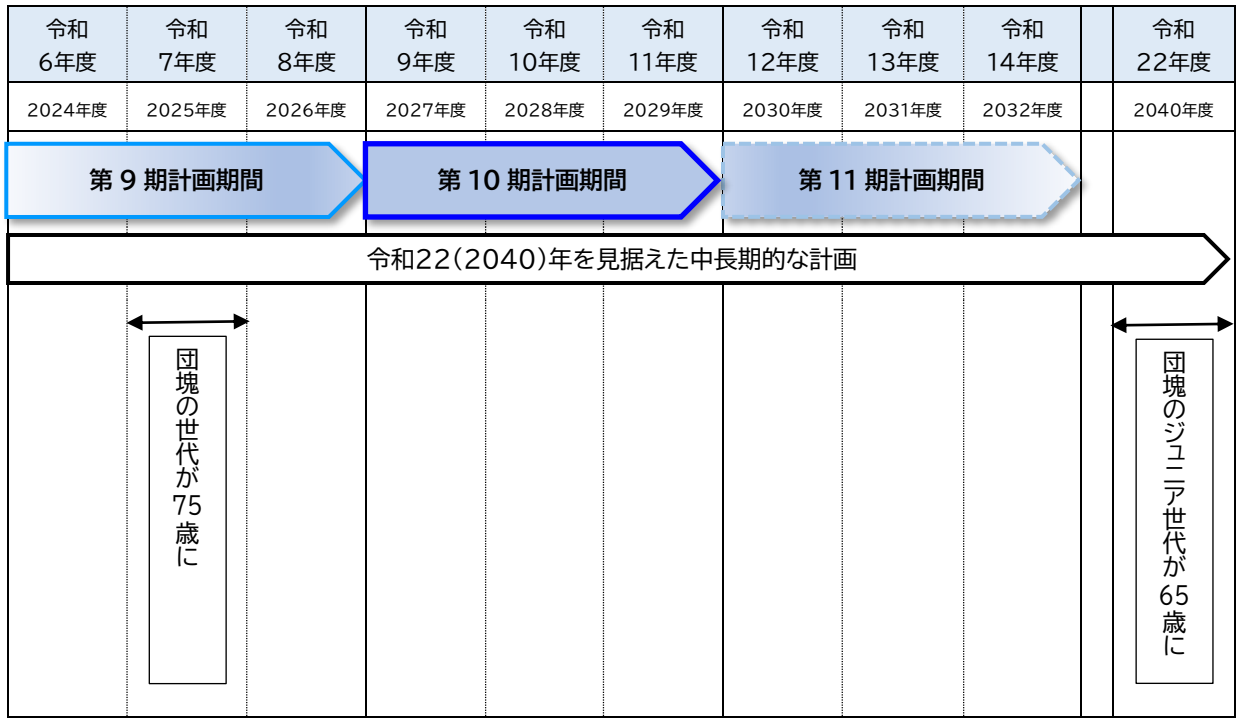


（３）計画の期間

本計画の期間は、令和９年度から令和 11 年度の３年間です。

なお、団塊ジュニア世代の全てが 65 歳を迎え、現役世代が急減することによって、高齢化率がピークに達するとされている令和 22（2040）年を見据えた中長期的な視点を持つものですが、法制度の改正や社会情勢等の状況に応じて随時見直しを行い、改善を図るものとします。

また、計画の実施状況の把握と進行管理については、毎年度点検・評価を行い、課題の分析を行います。



３　計画の策定体制

（１）毛呂山町介護保険運営審議会の設置

町が設置する、保健・医療・福祉・介護の関係機関、団体の代表者、学識経験者、一般公募委員等で構成される「毛呂山町介護保険運営審議会」において計画内容に関する審議・検討を行いました。

（２）毛呂山町高齢者実態調査の実施

本町の高齢者の日常生活の状況、心身の状態、介護予防に対する意識、在宅介護の状況、町の福祉や介護サービスに関する課題やニーズを把握し、高齢者福祉施策の改善や充実を図ることを目的に、一般高齢者（65 歳以上の要介護認定を受けていない高齢者、介護予防・日常生活支援総合事業対象者、要支援認定者）を対象とした「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」及び在宅で生活している要介護認定者を対象とした「在宅介護実態調査」を実施しました。

（３）地域包括ケア「見える化」システムによる分析

地域包括ケア「見える化」システムは、都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するための国が運用する情報システムです。介護保険に関連する情報をはじめ、地域包括ケアシステムの構築に関する様々な情報が一元化されているとともに、グラフ等を用いた見やすくわかりやすい形で確認することができます。

本計画では、このシステムを用いて、本町の課題抽出や将来推計による介護サービス見込量の算出を行いました。

（４）パブリックコメントの実施

本計画に対する町民や関係者の意見を広く聴取するために、一定期間を設け、「第 10 期毛呂山町高齢者総合計画」素案の内容等を公表するパブリックコメントを実施し、寄せられた意見を考慮して最終的な計画案の取りまとめを行いました。

第２章　毛呂山町の高齢者を取り巻く現状

１　毛呂山町の人口と世帯の状況

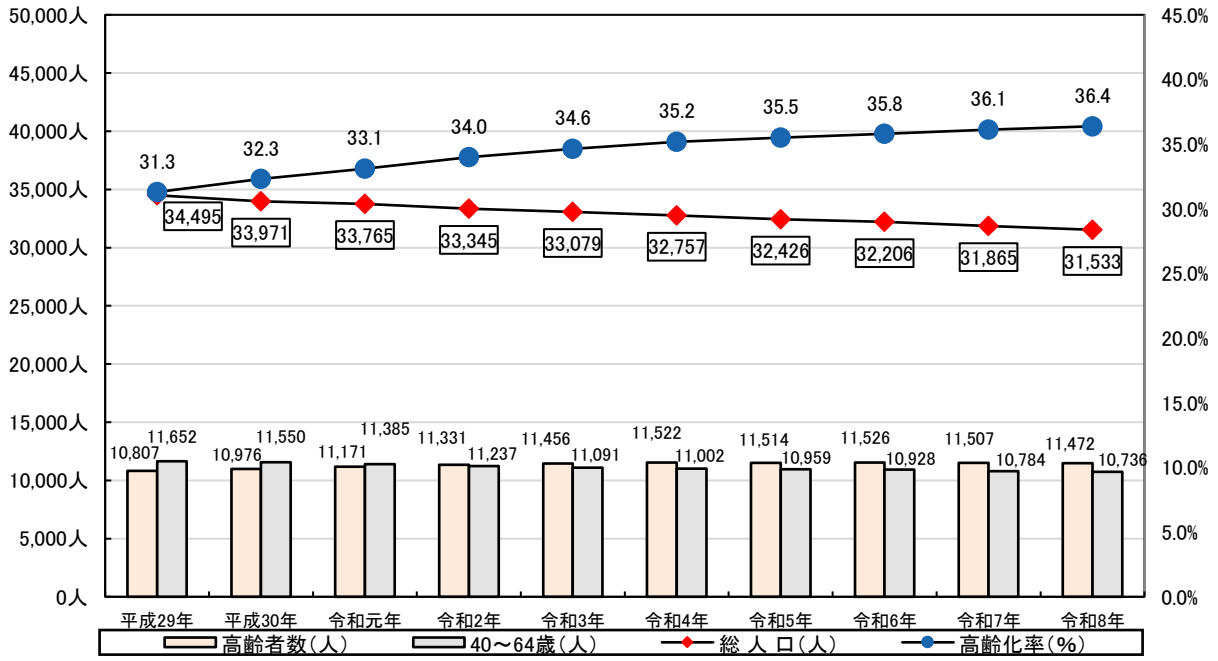
（１）総人口と高齢者人口の推移

本町の総人口は、令和５（2023）年４月１日現在、32,426 人となっており、年々漸減しています。その中で、高齢者人口は増加を続けており、高齢者人口は 11,514 人、高齢化率は 35.5%となっています。令和２（2020）年と比較すると、高齢者人口が 183 人増加、高齢化率は 1.5 ポイント増加しています。

本町の高齢化率は、全国平均、埼玉県平均を大きく上回っています。

【総人口・高齢者人口・高齢化率・40～64 歳人口の推移】

出典：住民基本台帳（各年４月１日現在）



【全国・埼玉県・近隣自治体の高齢化率（令和７（2025）年国勢調査より）】

	毛呂山町	越生町	鳩山町	小川町	坂戸市	鶴ヶ島市	日高市	埼玉県	全国
高齢化率	34.1%	39.9%	49.1%	43.3%	30.0%	29.5%	34.2%	27.1%	28.7%

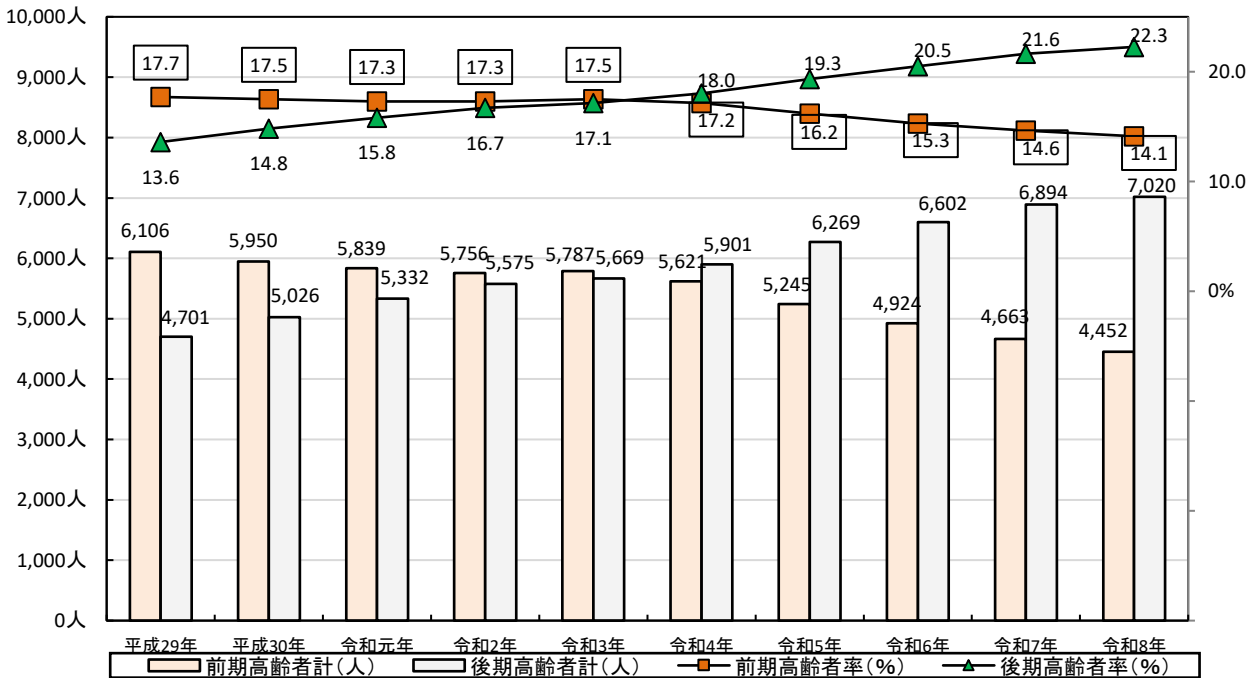
出典：総務省「国勢調査」　※国勢調査による数値であり、住民基本台帳の数値とは異なります。

（２）前期高齢者・後期高齢者の推移

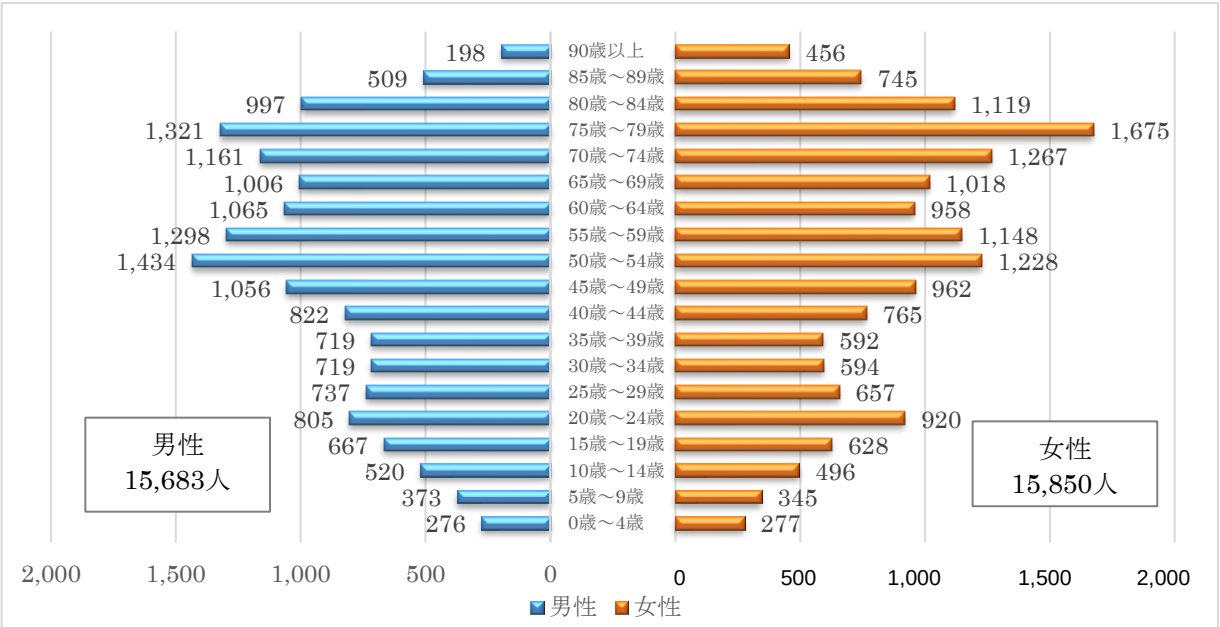
本町の高齢者人口の内訳は、令和８（2026）年４月１日現在、前期高齢者（65～74 歳）が 4,452 人、後期高齢者（75 歳以上）が 7,020 人となっており、後期高齢者が前期高齢者を 2,568 人上回っています。令和５（2023）年と比較すると、前期高齢者が 793 人減少し、前期高齢化率も 2.1 ポイント減少しています。後期高齢者は 751 人増加しており、後期高齢化率も 3.0 ポイント増加しています。

【前期高齢者・後期高齢者の推移】

出典：住民基本台帳（各年４月１日現在）



【本町における令和８年４月１日現在の年代別分布図】

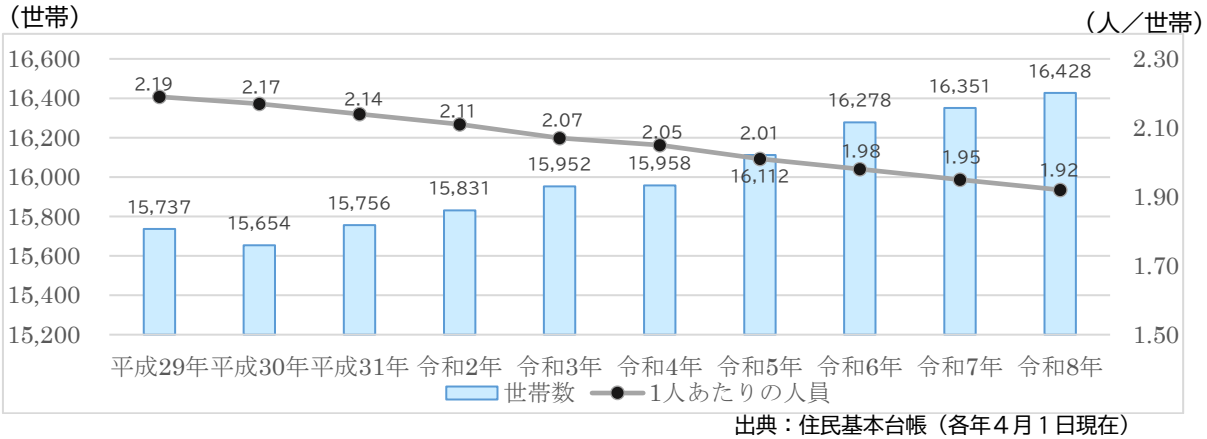


出典：住民基本台帳

（３）世帯数の推移

本町の世帯数は、令和８（2026）年４月１日現在、16,428 世帯となっています。平成 31（2019）年を境に増加していますが、１世帯あたりの人員は年を追うごとに減少しており、令和８（2026）年では 1.92 人／世帯となっています。

【世帯数の推移】



出典：住民基本台帳（各年４月１日現在）

（４）高齢者のいる世帯の推移

本町の一般世帯総数は、令和７（2025）年 10 月１日現在、15,704 世帯となっています。このうち、65 歳以上の高齢者がいる世帯は 7,055 世帯で、一般世帯総数の 44.9%を占めています。この構成比を全国、埼玉県と比較すると、全国を 5.0 ポイント、埼玉県を 6.1 ポイントいずれも上回っています。

高齢者のいる世帯のうち、高齢者単独世帯は 2,118 世帯、高齢者夫婦世帯は 1,957 世帯で、一般世帯総数に占める割合は、それぞれ 13.5%、12.5%となっています。

【高齢者のいる世帯の推移】　単位：実数（世帯）、構成比

区　分		毛呂山町			埼玉県	全　国
		平成 27 年	令和２年	令和７年	令和７年	令和７年
高齢者のいる世帯	実　数	6,648	7,193	7,055	1,277,767	22,815,092
	構成比	42.8	45.8	44.9	38.8	39.9
高齢者単独世帯	実　数	1,554	1,913	2,118	391,114	7,528,033
	構成比	10.0	12.2	13.5	11.9	13.2
高齢者夫婦世帯	実　数	1,709	2,071	1,957	344,724	5,968,571
	構成比	11.0	13.2	12.5	10.5	10.4
一般世帯数	実　数	15,516	15,722	15,704	3,297,139	57,181,619

出典：国勢調査（各年 10 月１日現在）

※国勢調査における世帯の類型には、一般世帯と施設等の世帯があります。このうち、世帯の家族類型を算出する元となっているのは、一般世帯です。

※高齢者単独世帯とは、65 歳以上の人一人のみの一般世帯です。

※高齢者夫婦世帯とは、夫 65 歳以上、妻 65 歳以上の夫婦１組の一般世帯です。

２　健康に関する状況

（１）平均寿命・健康寿命

本町の令和６（2024）年における平均寿命（０歳児平均余命）は、男性が 80.20 歳、女性は 85.75 歳です。65 歳平均余命は、男性が 19.55 年、女性は 23.91 年、65 歳健康寿命（65 歳に達した人が健康で自立した生活を送る期間。具体的には「要介護２」以上になるまでの期間）が男性は 17.75 年、女性は 20.40 年です。65 歳要介護期間（65 歳に達した人が「要介護２」以上になってから亡くなるまでの平均期間）は、男性が 1.80 年、女性は 3.51 年という状況です。

埼玉県と比較すると、平均寿命は下回っていますが、65 歳要介護期間は上回っています。

【平均余命・健康寿命の現状】

区　　分		平均寿命	65 歳平均余命	65 歳健康寿命	65 歳要介護期間
毛呂山町	男性	80.20 歳	19.55 歳	17.75 年	1.80 年
	女性	85.75 歳	23.91 年	20.40 年	3.51 年
埼玉県	男性	81.17 歳	19.46 年	17.85 年	1.60 年
	女性	87.05 歳	24.21 年	20.83 年	3.39 年

資料：埼玉県の健康寿命算出ソフト「健寿君」

（２）要支援・要介護認定者の有病状況

令和７年度の要支援・要介護認定者の有病状況は、心臓病が 56.9%で最も高く、次いで高血圧症が 48.8%及び筋・骨疾患が 48.8%と、認定者の半数近くが有病という状況です。

有病率を全国及び埼玉県、同規模自治体と比較すると、糖尿病以外は全国、同規模自治体の平均を下回っていますが、埼玉県との比較では、糖尿病、精神疾患、認知症、アルツハイマー病では埼玉県平均を上回っています。

【要支援・要介護認定者の有病率（令和７年度）の国・県・同規模自治体との比較】

区　　分	毛呂山町	埼玉県	同規模自治体	全　　国
糖尿病	25.6%	24.1%	25.6%	25.0%
高血圧症	48.8%	51.7%	53.5%	53.7%
脂質異常症	29.1%	31.9%	33.6%	34.4%
心臓病	56.9%	58.4%	60.5%	60.9%
脳疾患	17.7%	20.4%	21.5%	21.2%
がん	8.7%	11.8%	12.0%	12.5%
筋・骨疾患	48.8%	51.4%	53.4%	54.5%
精神	33.9%	33.7%	35.5%	36.2%
認知症(再掲)	22.7%	22.0%	23.3%	23.6%
アルツハイマー病	16.9%	16.7%	17.1%	17.2%

出典：国保データベース（ＫＤＢ）システム

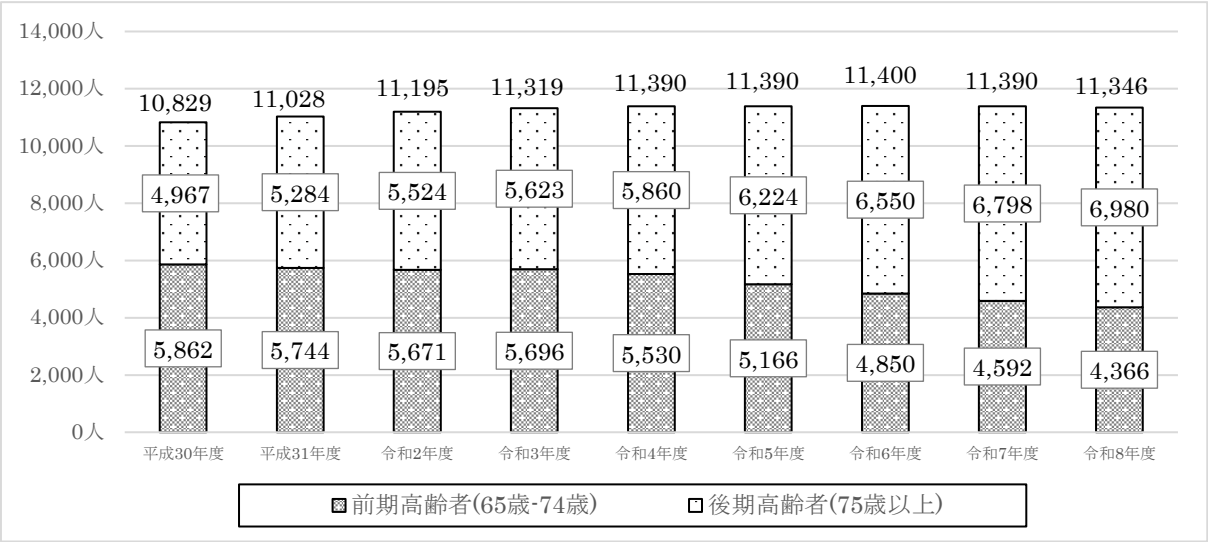
３　介護保険事業に関する状況

（１）第１号被保険者の推移

本町の 65 歳以上の高齢者である第１号被保険者数は、令和８（2026）年３月末日現在、11,346 人となっています。

第１号被保険者の構成は、平成 28（2016）年以降、前期高齢者の被保険者は減少している一方、後期高齢者の被保険者は増加で推移しており、令和４（2022）年には後期高齢者の被保険者数が前期高齢者の被保険者数を逆転しています。

【第１号被保険者・前期高齢者・後期高齢者の推移】



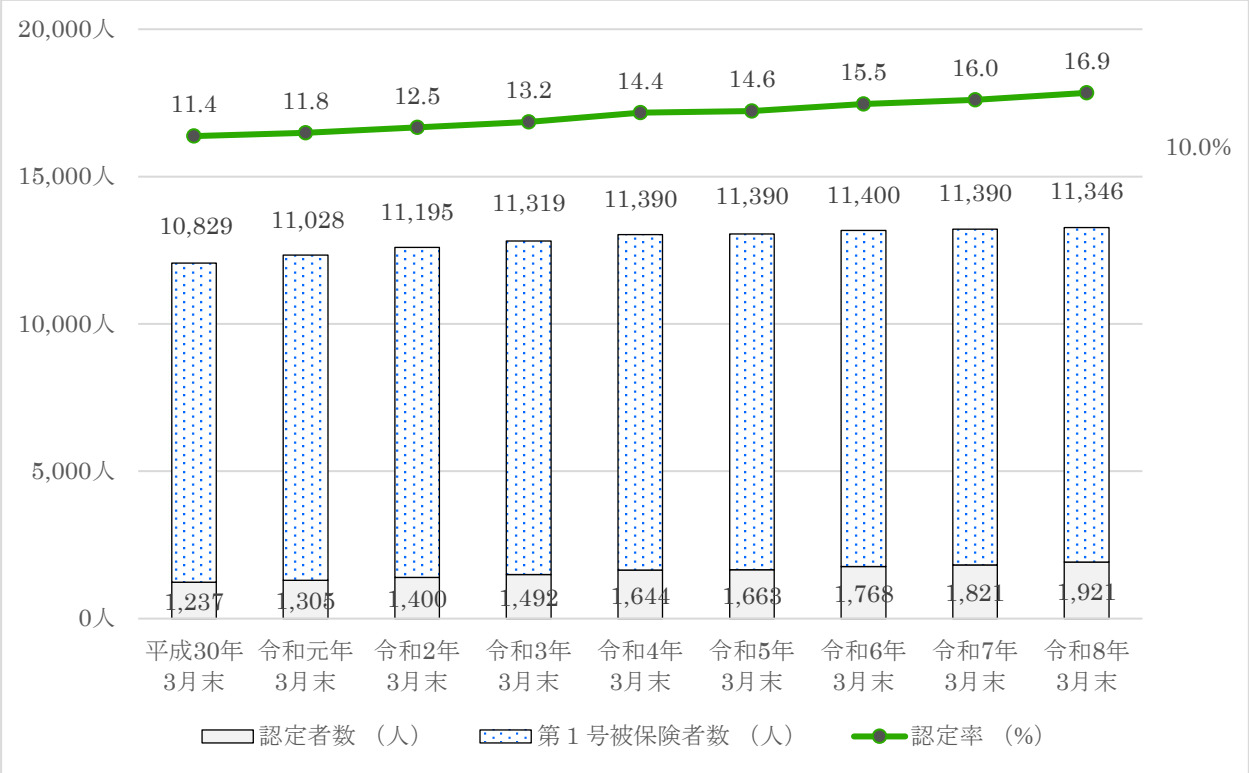
出典：地域包括ケア「見える化」システム（各年３月末日現在）

（２）第１号被保険者に占める要支援・要介護認定者の推移

本町の第１号被保険者に占める要支援・要介護認定者数は、令和８（2026）年３月末日現在で 1,921 人、認定率は 16.9%となっています。要支援・要介護認定者数は令和５（2023）年と比較して 258 人増加し、認定率も 2.3 ポイント増加しています。

本町の認定率は、全国平均や埼玉県平均と比較して大きく下回っています。

【要支援・要介護認定者の推移】



出典：地域包括ケア「見える化」システム（各年３月末日現在）

【全国・埼玉県・近隣自治体の認定率（令和８（2026）年３月末での数値）】

	毛呂山町	越生町	鳩山町	小川町	坂戸市	鶴ヶ島市	日高市	埼玉県	全　国
認定率	16.9%	16.4%	14.7%	17.0%	17.8%	15.9%	15.7%	18.6%	20.2%

出典：地域包括ケア「見える化」システム

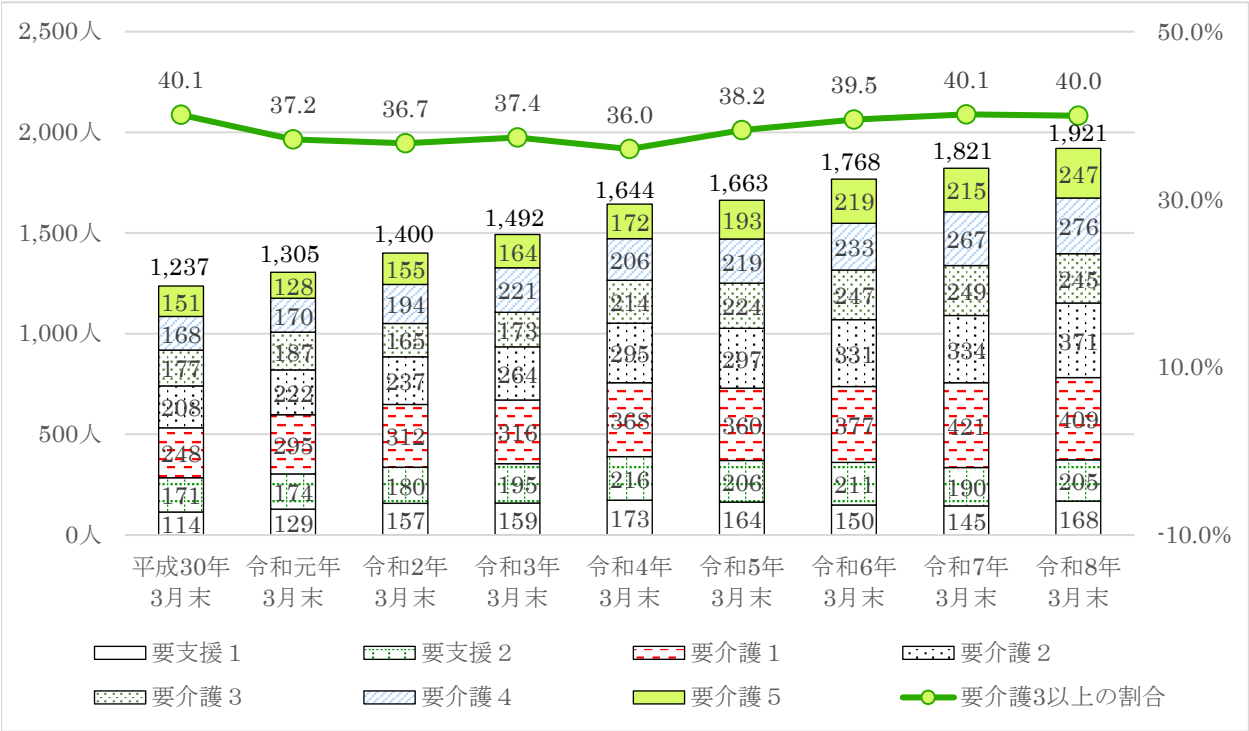
（３）第１号被保険者に占める要支援・要介護度別認定数の推移

本町の第１号被保険者に占める要支援・要介護認定者数は、令和８（2026）年３月末日現在で 1,921 人となっており、令和６（2024）年と比較して 153 人増加しています。

令和８（2026）年３月末日現在の要支援・要介護度別の構成比は、要介護１（409 人、21.3%）の割合が最も高く、次いで要介護２（371 人、19.3%）、要介護４（276 人、14.4%）となっています。また、要介護３以上の割合は、40.0%と前年比で 0.1 ポイント減少しています。

今後、後期高齢者の増加に伴い、要支援・要介護認定者も増加していくものと予測されます。

【要支援・要介護度別認定者数の推移】



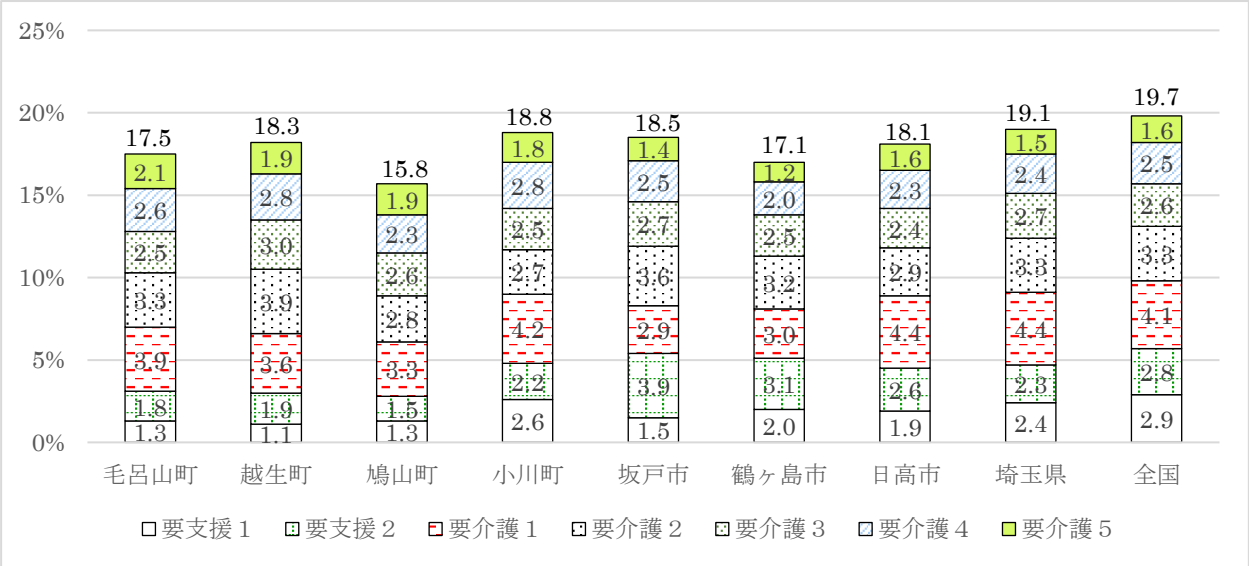
出典：地域包括ケア「見える化」システム（各年３月末日現在）

（４）調整済み要支援・要介護度別認定者数の状況

人口の年齢構成が全国と同じと仮定したときの、本町の要支援・要介護認定率（調整済み認定率）は、令和８（2026）年時点で 17.5%となっており、国・県を下回っています。

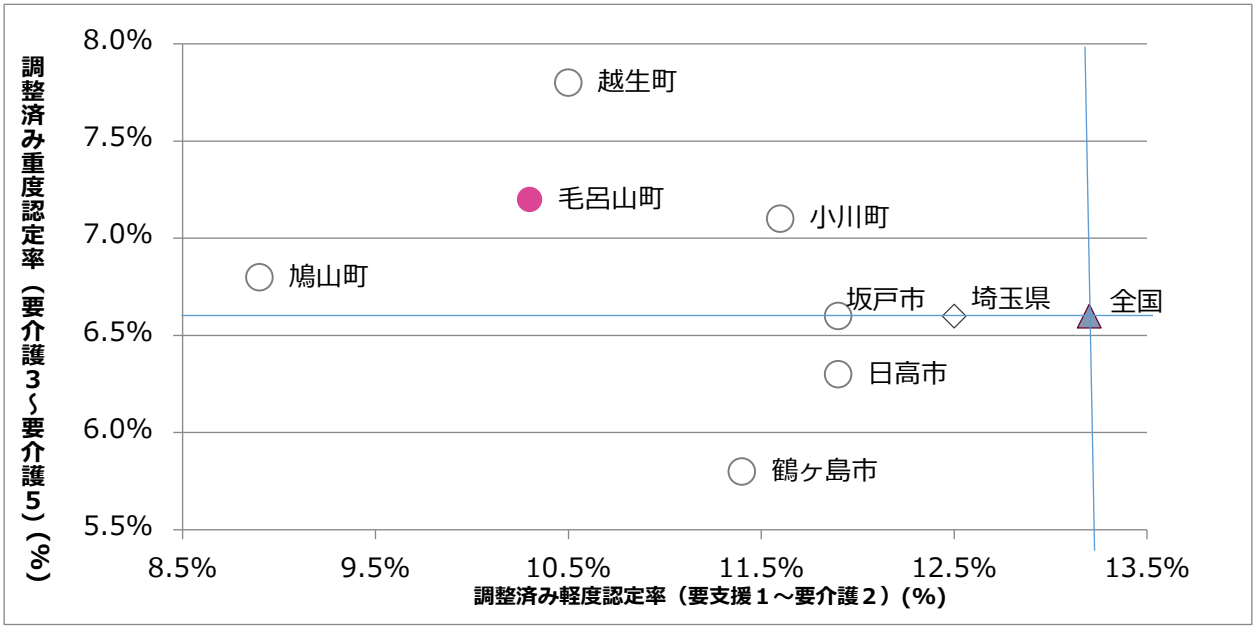
全国、県、近隣自治体と比較すると、軽度認定率（要支援１～要介護２）は低くなっていますが、重度認定率（要介護３～５）は認定率の比較でみても、軽度、重度共に国・県を下回っています。近隣自治体との比較では、軽度認定率が低く、重度認定率はやや高めとなっています。

【要支援・要介護認定率の状況】



出典：地域包括ケア「見える化システム」令和８年度

【重度認定率と軽度認定率の分布】



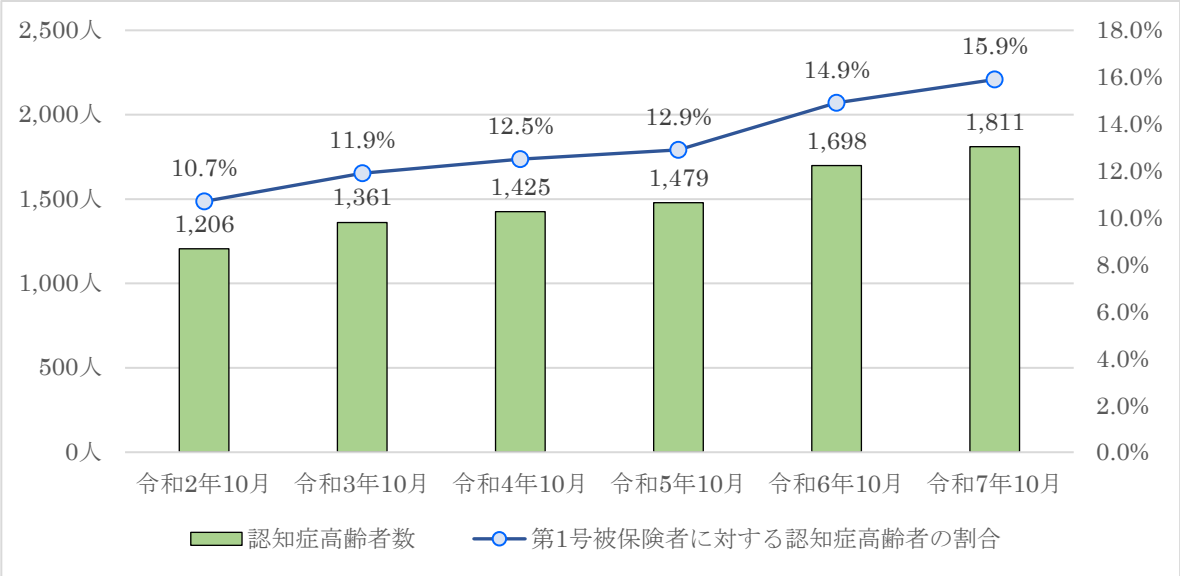
出典：地域包括ケア「見える化システム」令和６年度

（５）認知症高齢者の推移

本町の認知症高齢者数（認知症高齢者日常生活自立度※Ⅱ以上の要支援・要介護認定者）は、増加傾向にあり、令和７（2025）年では 1,811 人となっています。

高齢者人口に対する認知症高齢者の割合も増加傾向にあります。

【認知症高齢者の推移】



出典：地域包括ケア「見える化」システム

※　認知症高齢者の日常生活自立度とは

認知症高齢者の日常生活自立度とは、要介護認定にあたり、要介護度を決定する際に考慮する指標のひとつです。意思疎通の程度、生じている症状や行動などに基づく、生活の自立度に関する指標で、以下の分類で評価します。

ランク	判定基準	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すような症状・行動や意志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の状態が見られる	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理など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の状態が見られる	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
Ⅲ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、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・奇声を上げる、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すような症状・行動や意志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	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体状態が見られ、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

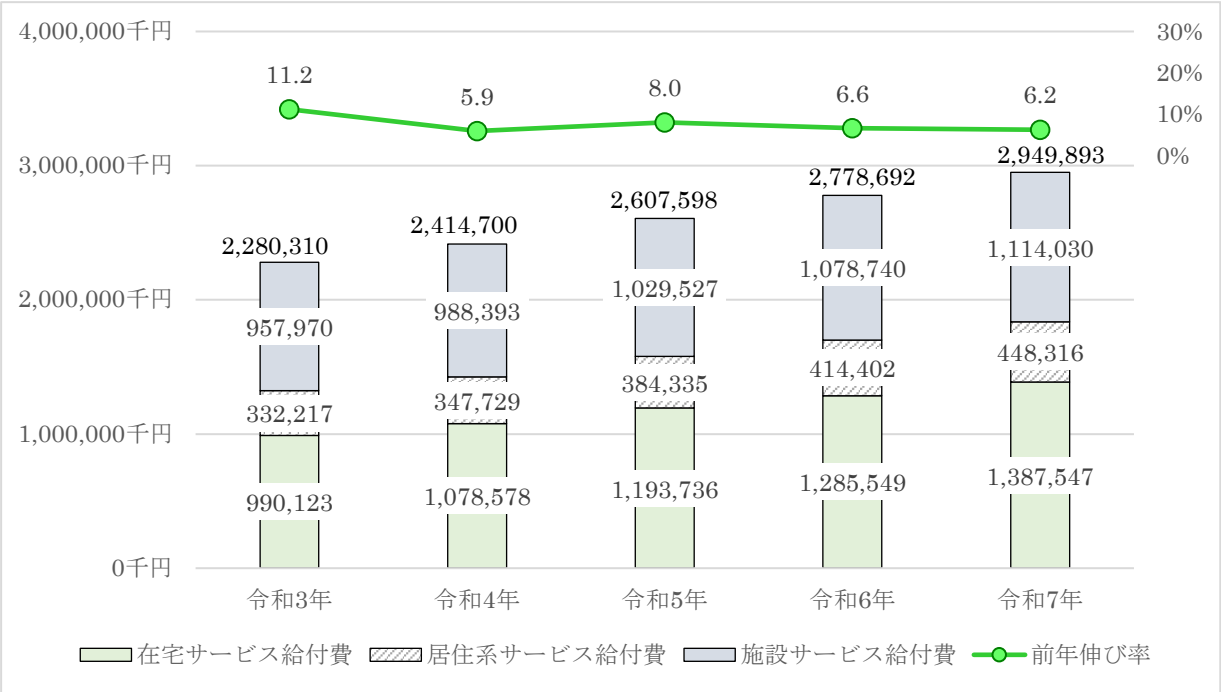
出典：厚生労働省

（６）サービス別介護保険給付費の推移

本町の介護保険給付費は増加傾向にあり、令和７（2025）年では 29 億 4,989 万 3 千円（前年伸び率 6.2%）となっています。

給付費の構成比をみると、在宅サービスが約 47%、居住系サービスが約 15%、施設サービスが約 38%で推移しており、いずれのサービスも増加傾向にあります。

【毛呂山町の介護保険給付費の推移】



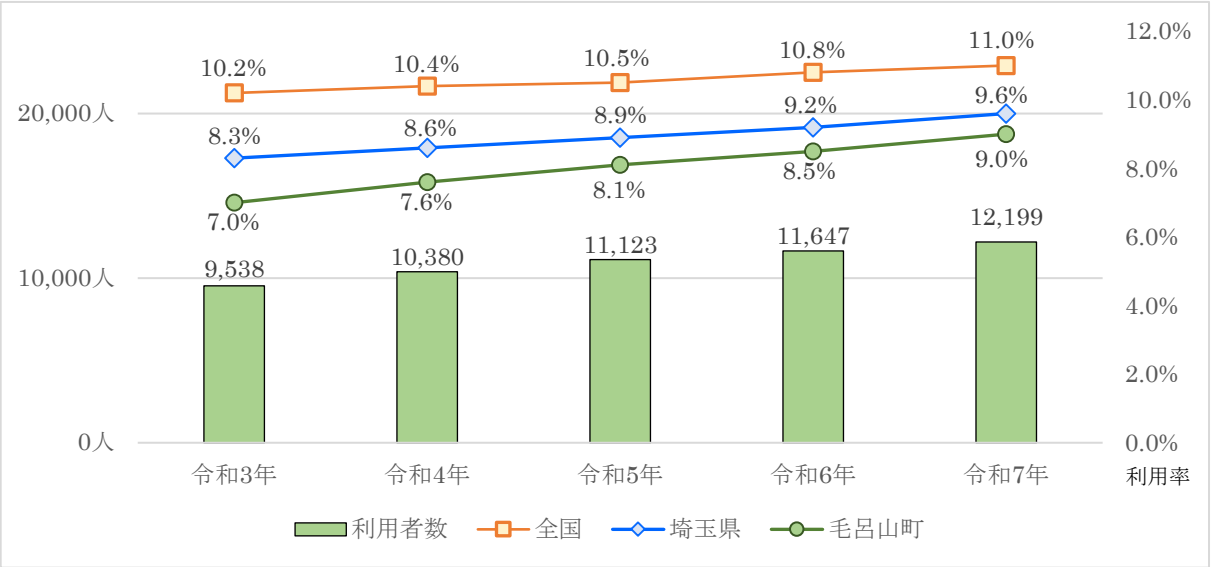
出典：地域包括ケア「見える化」システム

（７）サービス別利用者数・利用率の推移

①在宅サービス

在宅サービスの利用者数は増加傾向にあり、令和７（2026）年では、12,199 人となっています。利用率でみると、全国及び埼玉県より低くなっています。

【毛呂山町の利用者数・利用率の推移】

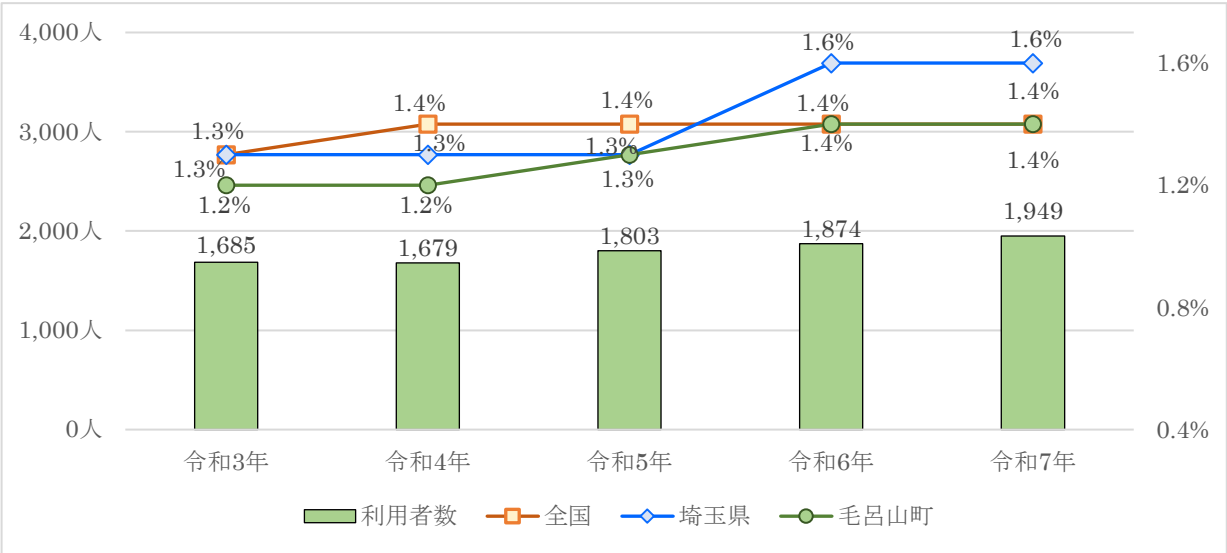


出典：地域包括ケア「見える化」システム

②居住系サービス

居住系サービスの利用者数は微増傾向にあり、令和７（2025）年では、1,949 人となっています。利用率でみると、全国より低く埼玉県と同じになっています。

【毛呂山町の利用者数・利用率の推移】

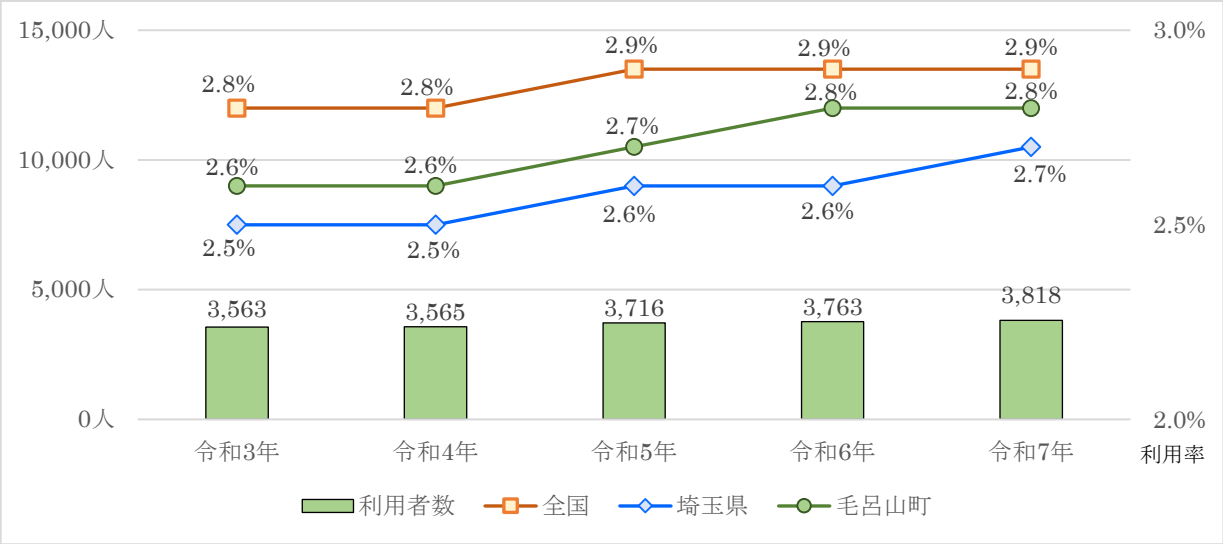


出典：地域包括ケア「見える化」システム

③施設サービス

施設サービスの利用者数は増加傾向にあり、令和７（2025）年では、3,818 人となっています。利用率でみると、全国より低く、埼玉県より高くなっています。

【毛呂山町の利用者数・利用率の推移】



出典：地域包括ケア「見える化」システム

【各サービスの種類について】

・在宅サービス
訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護（老健）、短期入所療養介護（病院等）、短期入所療養介護（介護医療院）、福祉用具貸与、特定福祉用具購入費、住宅改修、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護予防支援・居宅介護支援

・居住系サービス
特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護

・施設サービス
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護療養型医療施設（令和６年３月末廃止）

４　高齢者等人口及び要支援・要介護認定者数等の推計

（１）高齢者等人口の推計

住民基本台帳のデータを用いて、将来人口の推計を行った結果、本町の人口は減少傾向にあり、計画期間の最終年となる令和 11（2029）年の人口は、令和８（2026）年から 1,196 人減少し、30,252 人と推計されています。

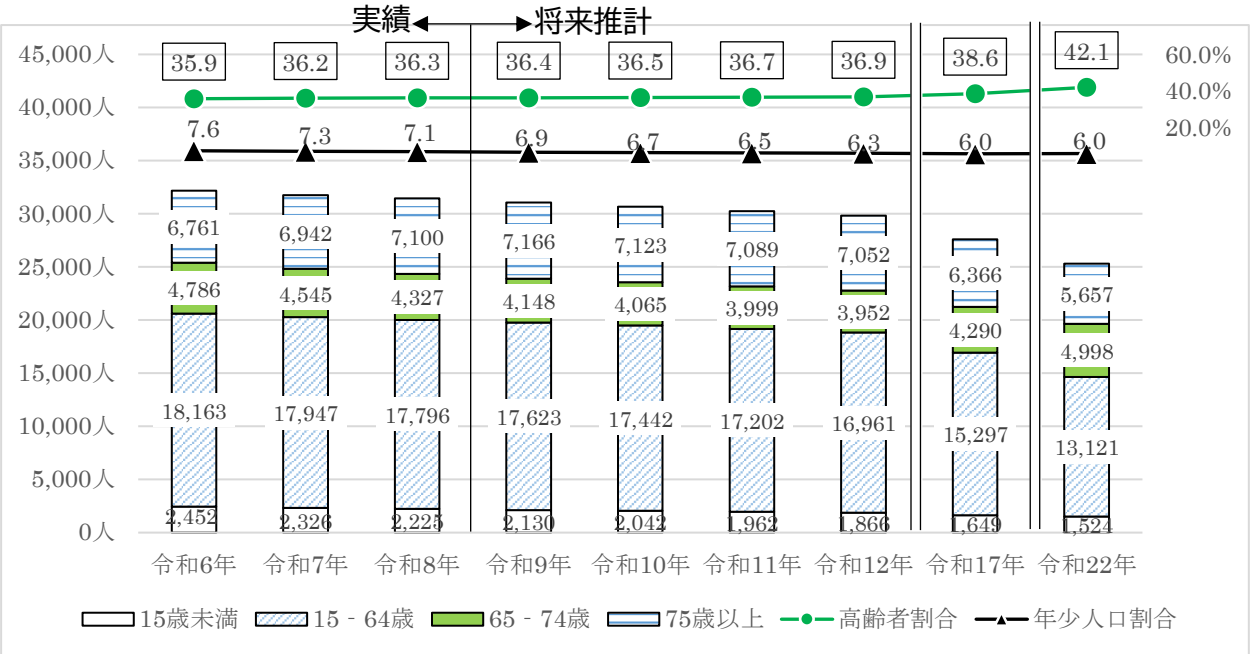
なお、高齢者人口は、令和 11（2029）年で令和８（2026）年から 339 人減少し、11,088 人と推計とされますが、高齢化率は上昇し、令和 11（2029）年では令和８（2026）年から 0.4 ポイント増加した 36.7%となる見込みです。

また、団塊ジュニア世代の全てが 65 歳となる令和 22（2040）年においては、人口は 25,300 人、高齢者人口は 10,655 人、高齢化率は 42.1%に達する見通しです。

【高齢者等人口の推計】

区分	第９期			第 10 期			中長期		
	令和 6 年	令和 7 年	令和 8 年	令和 9 年	令和 10 年	令和 11 年	令和 12 年	令和 17 年	令和 22 年
年少人口	2,452	2,326	2,225	2,130	2,042	1,962	1,866	1,649	1,524
（0-14 歳）	7.6%	7.3%	7.1%	6.9%	6.7%	6.5%	6.3%	6.0%	6.0%
生産年齢	18,163	17,947	17,796	17,623	17,442	17,202	16,961	15,297	13,121
（15-64 歳）	56.5%	56.5%	56.6%	56.7%	56.9%	56.9%	56.9%	55.4%	51.9%
40 歳-64 歳	10,894	10,816	10,728	10,670	10,576	10,446	10,307	9,341	8,008
	33.9%	34.1%	34.1%	34.3%	34.5%	34.5%	34.6%	33.8%	31.7%
高齢者人口	11,547	11,487	11,427	11,314	11,188	11,088	11,004	10,656	10,655
（65 歳以上）	35.9%	36.2%	36.3%	36.4%	36.5%	36.7%	36.9%	38.6%	42.1%
前期高齢者	4,786	4,545	4,327	4,148	4,065	3,999	3,952	4,290	4,998
（65-74 歳）	14.9%	14.3%	13.8%	13.4%	13.3%	13.2%	13.2%	15.5%	19.8%
後期高齢者	6,761	6,942	7,100	7,166	7,123	7,089	7,052	6,366	5,657
（75 歳以上）	21.0%	21.9%	22.6%	23.0%	23.2%	23.4%	23.6%	23.1%	22.4%
総人口	32,162	31,760	31,448	31,067	30,672	30,252	29,831	27,602	25,300

出典：令和６～令和９年は住民基本台帳（各年 10 月１日現在）のデータ　令和９年以降はコーホート変化率法による推計値



（２）要支援・要介護認定者数の推計

本町の人口推計の結果及び要支援・要介護者の認定率、介護予防の効果などを踏まえ、令和９（2027）年以降の要支援・要介護者認定者数を推計しました。

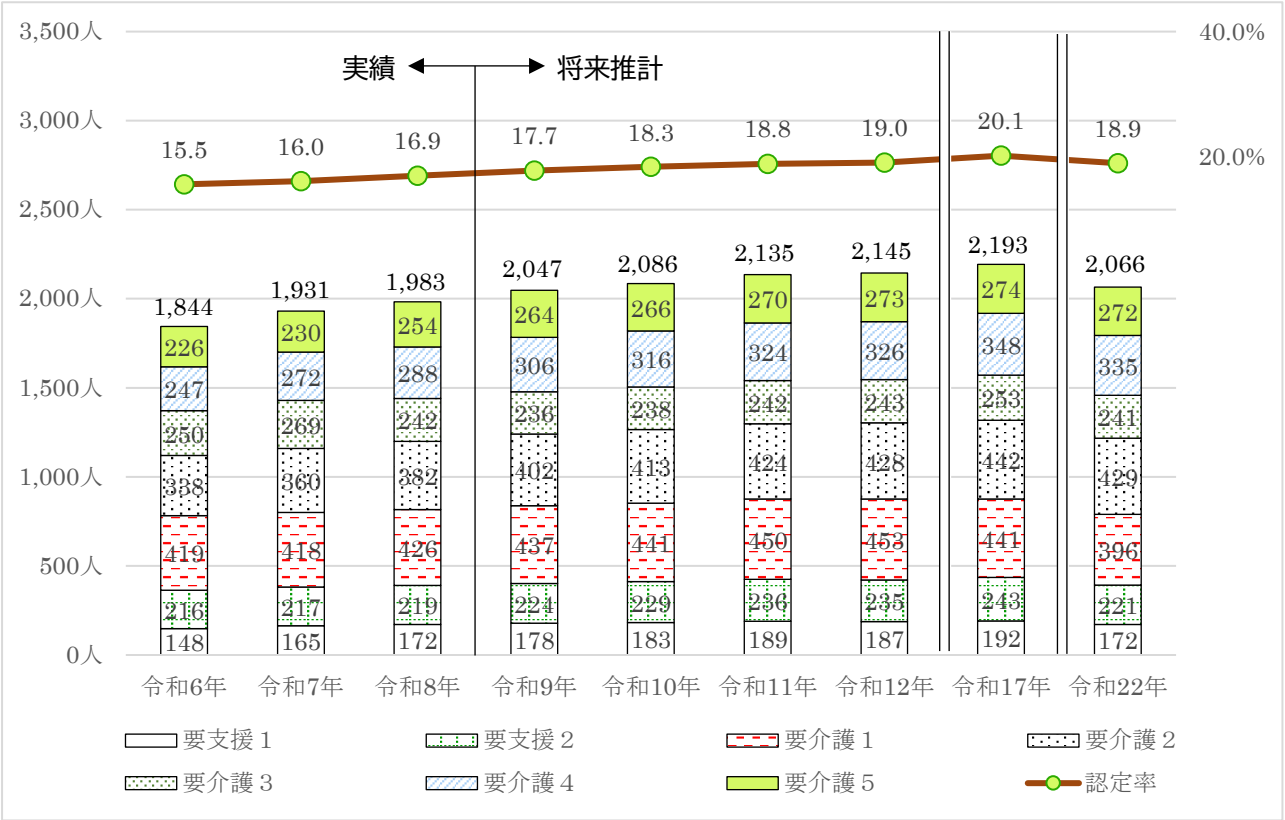
本町の要支援・要介護者数は増加傾向にあることから、第 10 期計画期間である令和９（2027）年から令和 11（2029）年の各年においても認定者数の増加が見込まれており、令和 11（2029）年における認定者数は令和８（2026）年より 152 人増の 2,135 人と推計されています。

また、令和 12（2030）年の認定者数は 2,145 人、令和 17（2035）年の認定者数は 2,193 人、令和 22（2040）年の認定者数は 2,066 人と推計されています。

【要支援・要介護認定者数の推計】

区　分	第 9 期			第 10 期計画期間			中長期		
	令和 6 年	令和 7 年	令和 8 年	令和 9 年	令和 10 年	令和 11 年	令和 12 年	令和 17 年	令和 22 年
要支援 1	148	165	172	178	183	189	187	192	172
要支援 2	216	217	219	224	229	236	235	243	221
小　計	364	382	391	402	412	425	422	435	393
要介護 1	419	418	426	437	441	450	453	441	396
要介護 2	338	360	382	402	413	424	428	442	429
要介護 3	250	269	242	236	238	242	243	253	241
要介護 4	247	272	288	306	316	324	326	348	335
要介護 5	226	230	254	264	266	270	273	274	272
小　計	1,480	1,549	1,592	1,645	1,674	1,710	1,723	1,758	1,673
合　計	1,844	1,931	1,983	2,047	2,086	2,135	2,145	2,193	2,066

出典：地域包括ケア「見える化」システム　令和６～８年は実績値、令和９年以降は推計値（※２号被保険者含む）

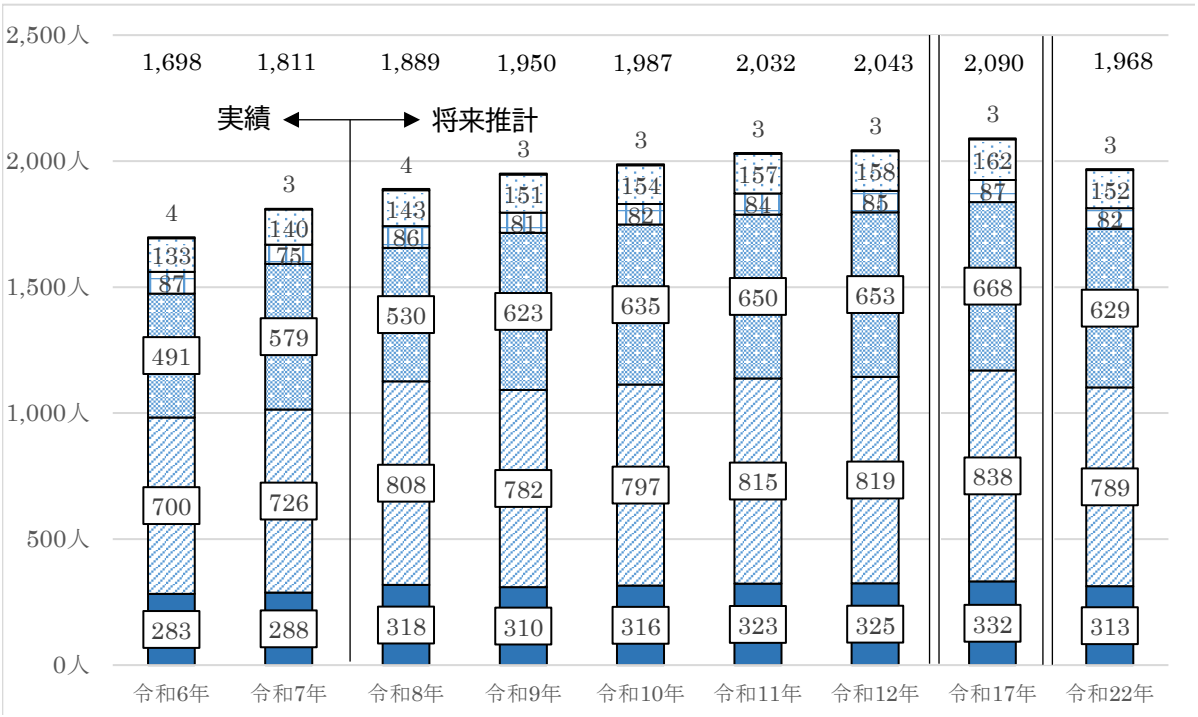


（３）認知症高齢者の推計

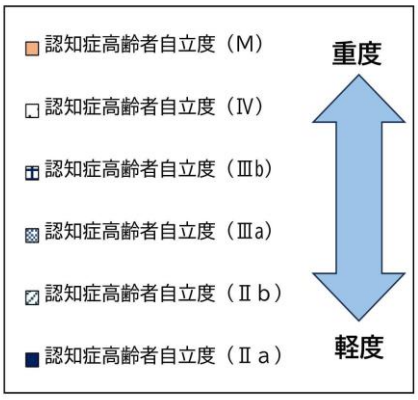
本町の認知症高齢者数（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の要支援・要介護認定者）をもとに、認知症高齢者数の推計を行いました。本町の認知症高齢者は増加傾向にあることから、第 10 期計画期間の最終年度である令和 11（2029）年における認知症高齢者の総数は 2,032 人と推計されています。

また、中長期でみると、令和 12（2030）年、令和 17（2035）年、令和 22（2040）年における認知症高齢者の総数はそれぞれ 2,043 人、2,090 人、1,968 人と推計されています。

【認知症高齢者の推計】



出典：地域包括ケア「見える化」システム
◆令和８年以降は７年の実績値と要支援・要介護認定者数の推計値を基に推計



※「認知症高齢者の日常生活自立度」の判断基準については、19 ページを参照

５　毛呂山町高齢者実態調査結果の概要

本計画の策定にあたり、本町で暮らす高齢者が地域の中で生きがいを持って、いつまでも健康で充実した日々の生活が送れるように、日頃感じている介護保険制度や高齢者・福祉施策に対する意見をうかがうことで、これからの施策の改善や充実を図ることを目的に、アンケート形式の実態調査を実施しました。

▼調査対象

調査区分	対象
①一般高齢者 （介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）	・65 歳以上の要介護認定を受けていない高齢者 ・介護予防・日常生活支援総合事業の対象者 ・要支援認定者
②居宅要介護認定者 （在宅介護実態調査）	・在宅で生活している要介護認定者

▼調査方法と調査期間

・調査方法：郵送配布、郵送回収

・調査期間：令和７（2025）年 11 月 25 日～令和８（2026）年１月 14 日

▼配布・回収の結果

区分	配布件数	回収件数	回収率
①一般高齢者 （介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）	1,400 件	1,159 件	82.8%
②居宅要介護認定者 （在宅介護実態調査）	600 件	403 件	67.2%

※調査結果について

○【計：＊＊＊人】、【ｎ＝＊＊＊】という表記は、その項目での有効回答数で、比率算出の基礎となります。

○回答は各項目の回答該当者数を基数とした回答率（%）で示しています。

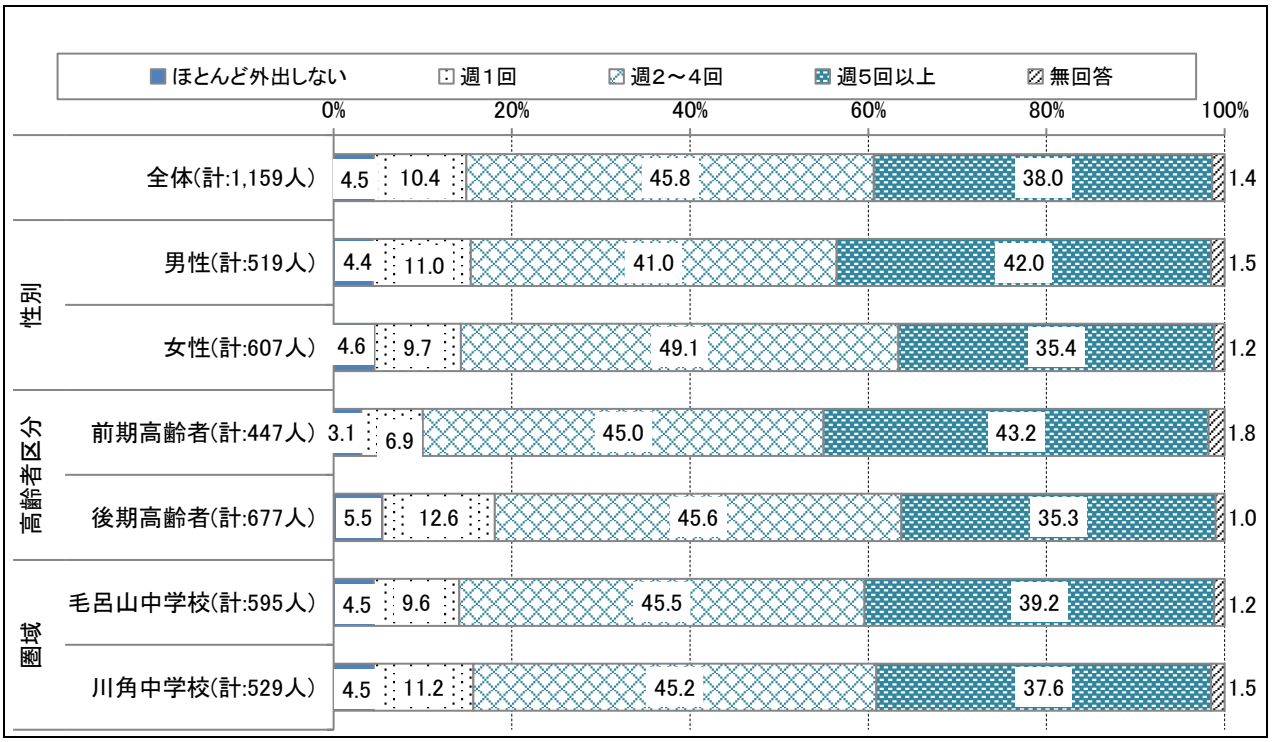
○回答率は小数点第２位を四捨五入しているため、合計が 100.0%にならない場合があります。

○複数回答可の項目ではその項目に対して有効な回答をした者の数を基数として比率算出を行っているため、回答率の合計は 100.0%を超えることがあります。

（１）介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果（抜粋）

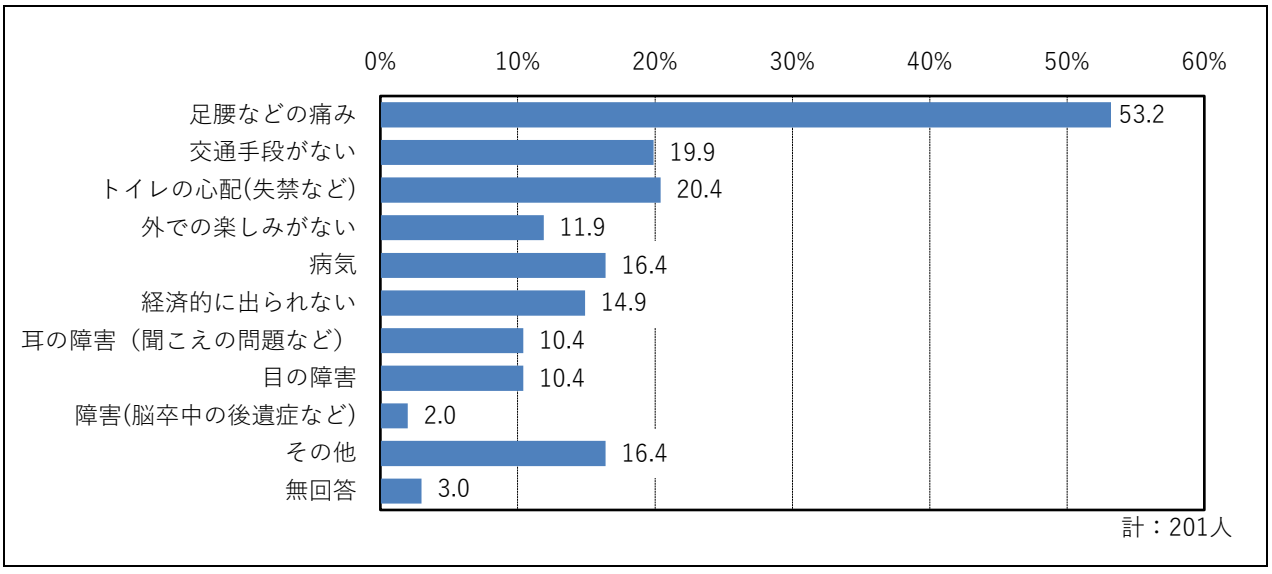
①　１週間の外出回数【問２―Ｑ６】（単数回答）

週にどのくらい外出していますかとたずねたところ、「週２～４回」と回答した人の割合が最も高く、45.8%となっています。次いで、「週５回以上」（38.0%）、「週１回」（10.4%）となっています。



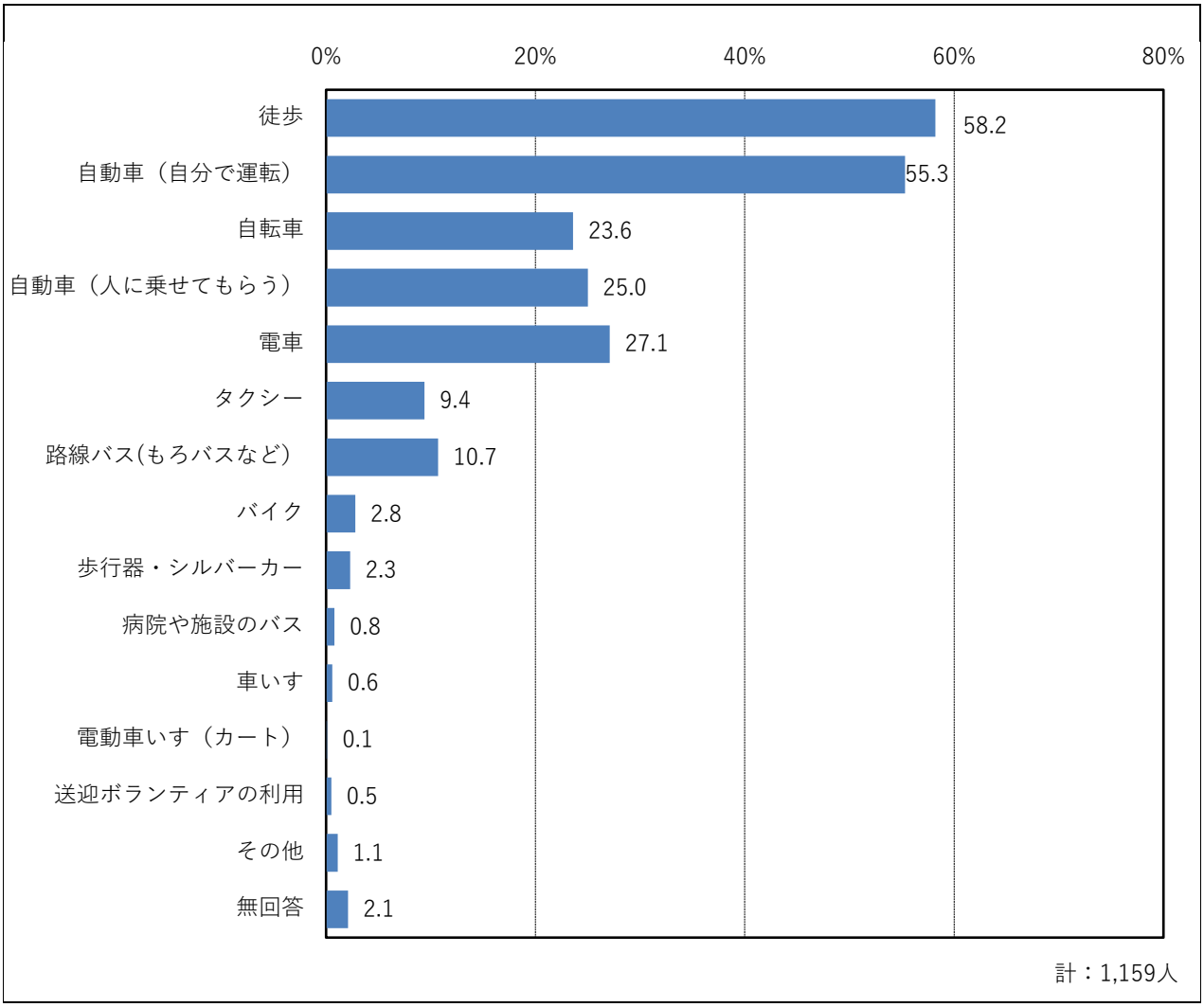
②　外出を控えている理由【問２―Ｑ８―①】（複数回答）

外出を控えていると回答した人に、外出を控えている理由をたずねたところ、「足腰などの痛み」と回答した人が最も多く、53.2%となっています。次いで、「トイレの心配(失禁など)」（20.4%）、「交通手段がない」（19.9%）となっています。



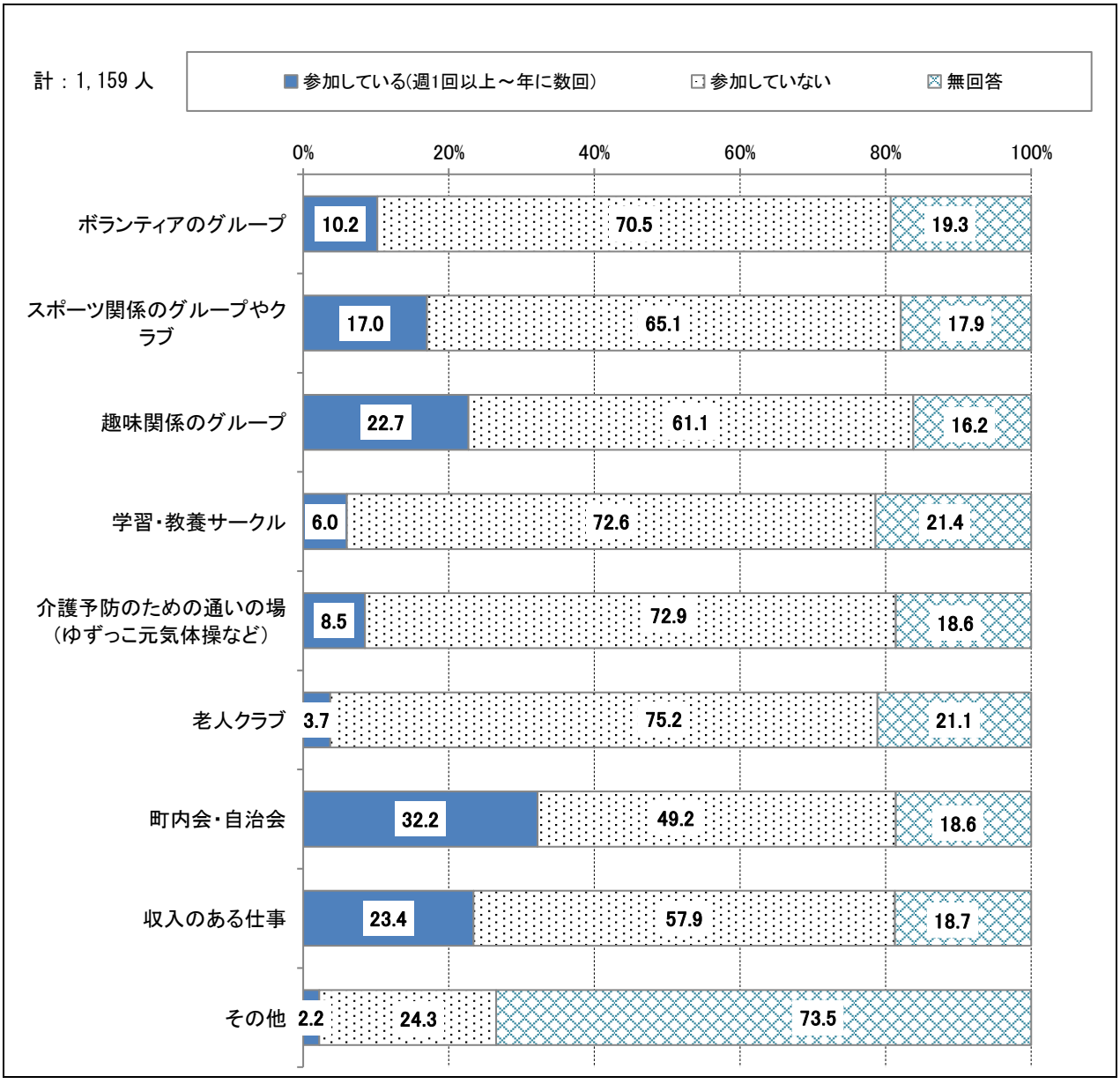
③　外出時の移動手段【問２―Ｑ９】（複数回答）

外出する際の移動手段をたずねたところ、「徒歩」と回答した人が最も多く、58.2%となっています。次いで、「自動車（自分で運転）」（55.3%）、「電車」（27.1%）となっています。



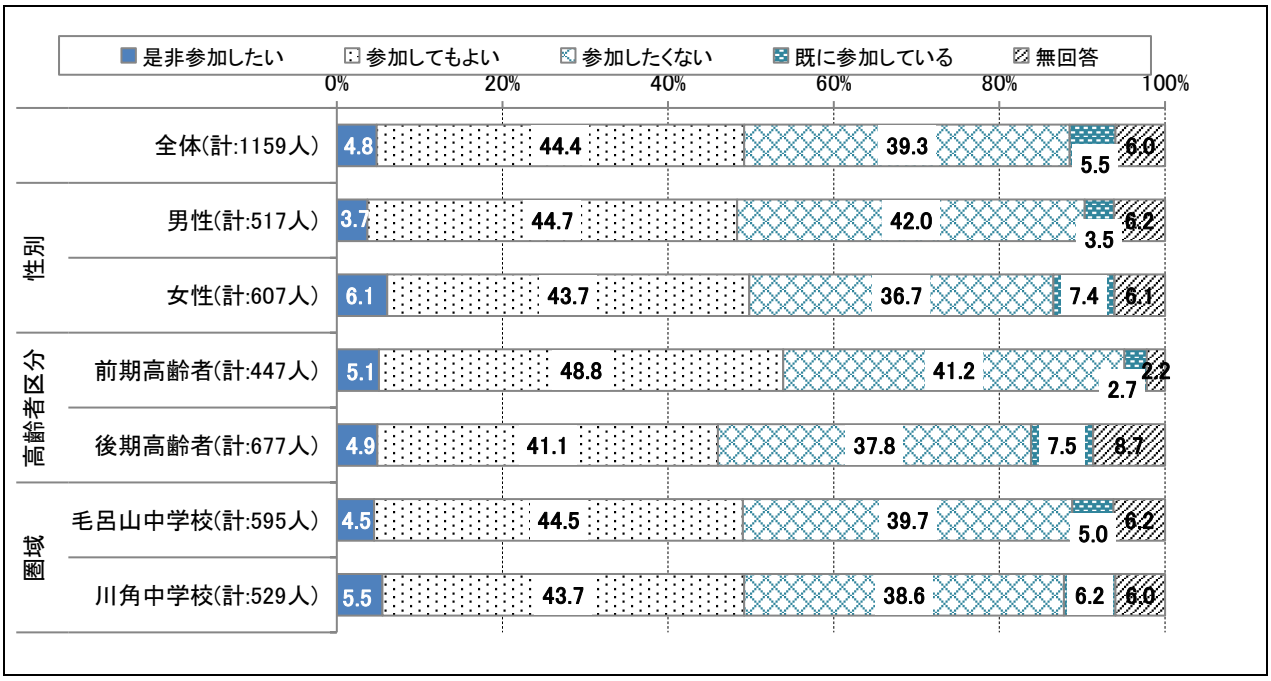
④　地域のグループ等への参加状況【問５―Ｑ１―①～⑨】（単数回答）

地域にある様々な会やグループ等への参加状況をたずねたところ、年に１度でも参加しているもののうち最もその割合が高いのは「町内会・自治会」であり、32.2%となっています。次いで、「収入のある仕事」（23.4%）、「趣味関係のグループ」（22.7%）となっています。



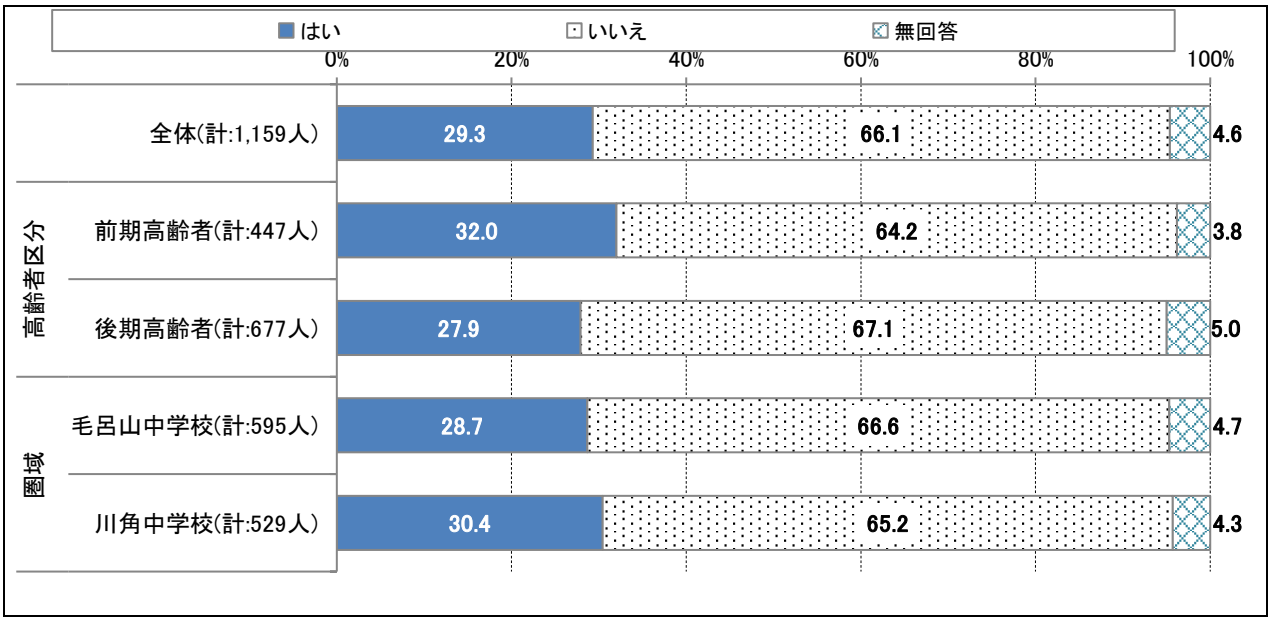
⑤　地域住民有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきとした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に参加者として参加してみたいと思いますか【問５―Ｑ２】（単数回答）

地域の自主的な健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行うとしたら、あなたはその活動に参加してみたいと思いますかとたずねたところ、「参加してもよい」と回答した人の割合が最も高く、44.4%となっています。次いで、「参加したくない」（39.3%）、「既に参加している」（5.5%）と続いています。



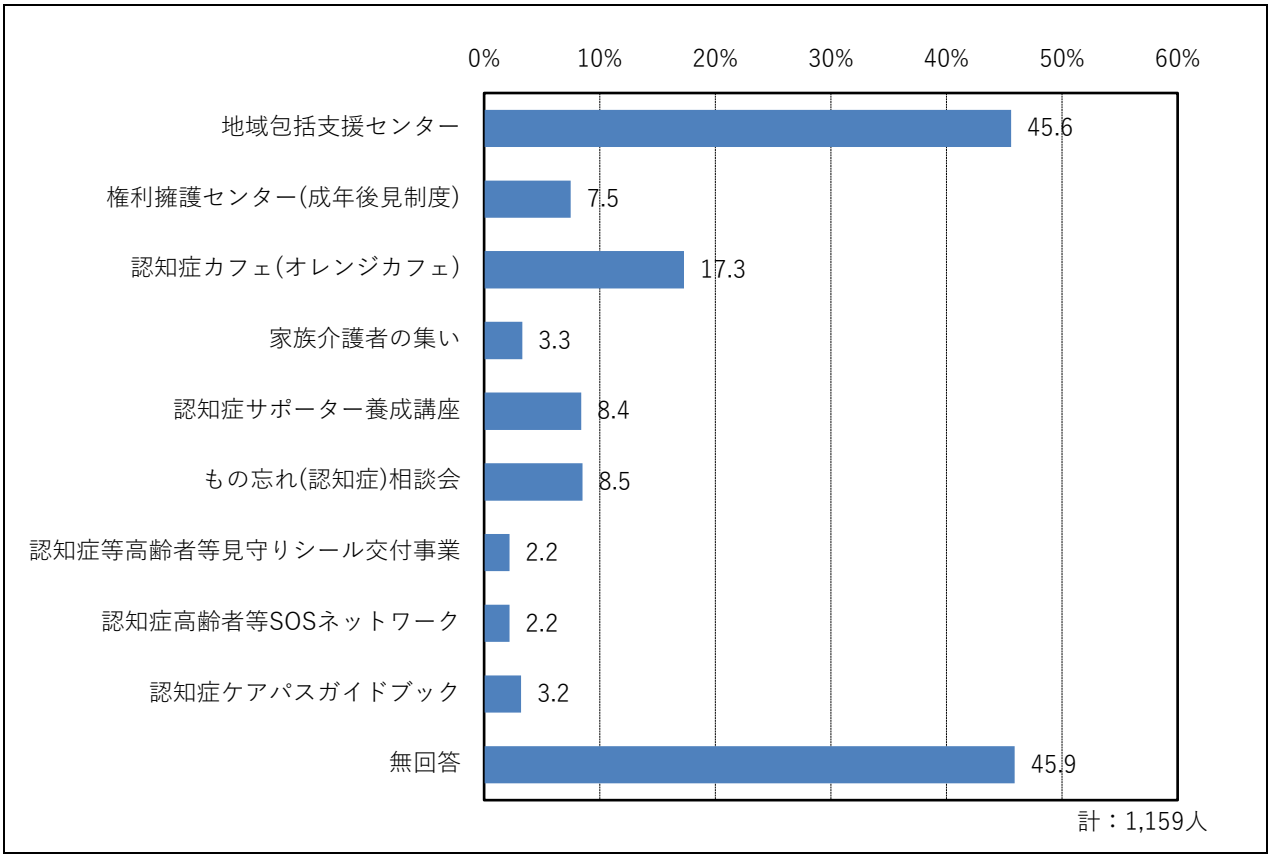
⑥　認知症に関する相談窓口を知っていますか【問９―Ｑ２】（単数回答）

認知症に関する相談窓口を知っていますかとたずねたところ、「はい」と回答した人の割合は 29.3%となっています。一方、「いいえ」と回答した人の割合は66.1%となっています。



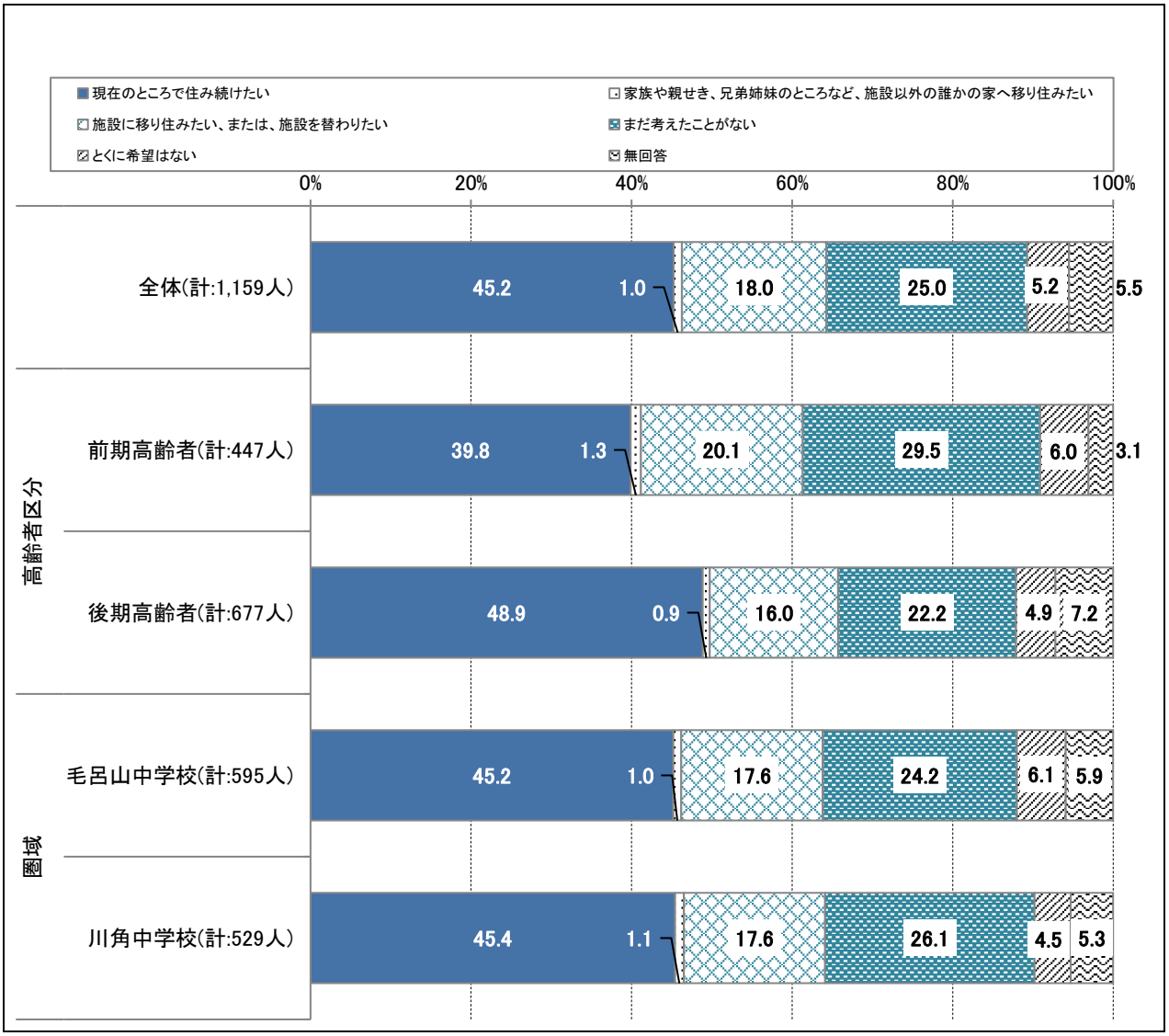
⑦　町で実施している認知症に関する支援について、知っているもの
【問９―Ｑ３】（複数回答）

町で実施している認知症に関する支援で知っているものについてたずねたところ、「地域包括支援センター」と回答した人が最も多く、45.6%となっています。次いで、「認知症カフェ（オレンジカフェ）」（17.3%）、「もの忘れ相談会」（8.5%）と続いています。



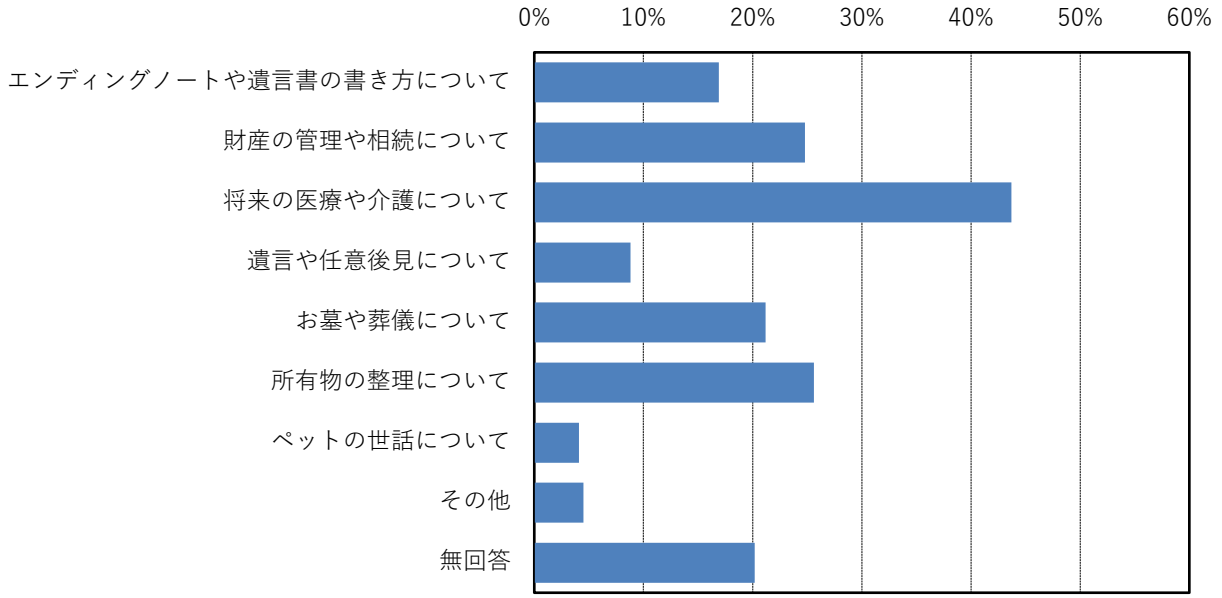
⑧　今後、介護や介助が必要になったときに暮らす場所の希望【問１０―Ｑ１】（単数回答）

今後、介護や介助が必要になったときに暮らす場所の希望は、どれにもっとも近いですかとたずねたところ、「現在のところで住み続けたい」と回答した人の割合が最も高く、45.2％となっています。次いで、「まだ考えたことがない」（25.0％）、「施設に移り住みたい」（18.0％）と続いています。



⑨　終活について、どのような相談ができるとよいか【問１０―Ｑ３】（複数回答）

終活について、どのような相談ができるとよいかについては、「将来の医療や介護について」と回答した人が最も多く、43.7%となっています。次いで、「所有物の整理について」（25.6%）と続いています。



■性別・年齢階層別・高齢者区分・圏域

性別でみると、「財産の管理や相続について」は、男性が 28.8%、女性が 21.4%と、男性が 7.4 ポイント上回っています。一方で、「将来の医療や介護について」は、男性が 39.3%、女性が 47.8%と、女性が 8.5 ポイント上回っています。

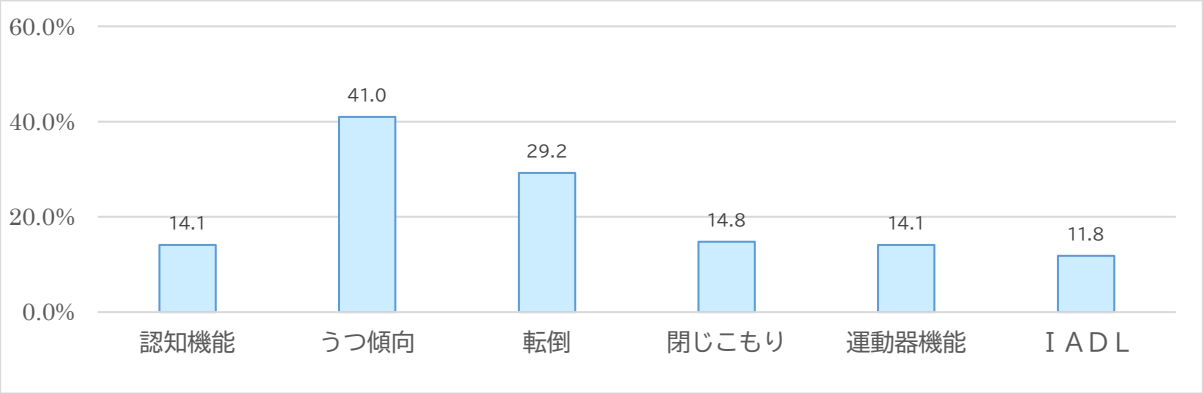
		エンディングノートや遺言書の作成や書き方について	財産の管理や相続について	将来の医療や介護について	遺言や任意後見について	お墓や葬儀について	所有物の整理について	ペットの世話について	その他	無回答
全体 n=1,159		16.9%	24.8%	43.7%	8.8%	21.2%	25.6%	4.1%	4.5%	20.2%
性別	男性 n=517	18.4%	28.8%	39.3%	12.0%	24.2%	25.3%	3.3%	4.4%	19.7%
	女性 n=607	16.3%	21.4%	47.8%	6.1%	18.5%	26.0%	5.1%	4.0%	20.3%
年齢階級別	65～69歳 n=184	21.2%	34.8%	56.0%	13.0%	22.8%	31.0%	6.0%	4.3%	10.9%
	70～74歳 n=263	19.4%	26.6%	40.3%	9.5%	22.4%	25.9%	5.3%	4.2%	17.5%
	75～79歳 n=331	16.6%	20.2%	44.4%	6.6%	19.9%	24.8%	4.8%	3.6%	23.6%
	80～84歳 n=218	14.7%	21.6%	41.3%	7.8%	21.1%	21.6%	1.8%	4.1%	23.4%
	85～89歳 n=98	14.3%	26.5%	34.7%	7.1%	19.4%	28.6%	3.1%	4.1%	23.5%
	90歳以上 n=30	10.0%	16.7%	43.3%	13.3%	16.7%	23.3%	0.0%	10.0%	23.3%
高齢者区分	前期高齢者 n=447	20.1%	30.0%	46.8%	11.0%	22.6%	28.0%	5.6%	4.3%	14.8%
	後期高齢者 n=677	15.4%	21.4%	41.9%	7.4%	20.1%	24.2%	3.4%	4.1%	23.5%
圏域	毛呂山中学校区 n=595	19.0%	26.6%	42.0%	9.2%	19.5%	25.5%	4.0%	4.7%	19.7%
	川角中学校区 n=529	15.3%	22.9%	45.9%	8.3%	22.9%	25.9%	4.5%	3.6%	20.4%
認定	一般高齢者 n=1,069	17.4%	24.8%	43.0%	8.8%	21.0%	26.2%	4.2%	4.3%	20.2%
	要支援認定者 n=55	14.5%	25.5%	60.0%	9.1%	21.8%	16.4%	5.5%	1.8%	16.4%

⑩　生活機能の低下リスクについて

厚生労働省の「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の手引き」に基づき、判定された生活機能の低下リスクの該当状況をみると、全体では、「うつ傾向」が41.0％で最も多くなっています。以下、「転倒」が 29.2％、「認知機能」が15.2%、「閉じこもり」が 14.8%、「運動機能」が 14.1%、「ＩＡＤＬ※」が 11.8%となっています。

いずれの生活機能も、年齢階層が高いほどリスク該当者割合が高くなる傾向が見られます。

◆生活機能の低下リスク該当割合



		認知機能	うつ傾向	転倒	閉じこもり	運動機能	ＩＡＤＬ
全体 n=1,159		14.1%	41.0%	29.2%	14.8%	14.1%	11.8%
性別	男性 n=517	9.5%	37.9%	26.3%	15.5%	9.5%	14.5%
	女性 n=607	17.8%	44.2%	32.3%	14.3%	17.8%	9.6%
年齢階級別	65～69歳 n=184	4.9%	34.8%	22.8%	6.5%	4.9%	6.0%
	70～74歳 n=263	8.7%	40.7%	20.9%	12.5%	8.7%	7.6%
	75～79歳 n=331	11.5%	42.3%	29.3%	14.2%	11.5%	10.0%
	80～84歳 n=218	19.3%	42.7%	33.0%	20.6%	19.3%	14.7%
	85～89歳 n=98	35.7%	45.9%	50.0%	21.4%	35.7%	23.5%
	90歳以上 n=30	33.3%	50.0%	56.7%	30.0%	33.3%	46.7%
高齢者区分	前期高齢者 n=447	7.2%	38.3%	21.7%	10.1%	7.2%	6.9%
	後期高齢者 n=677	18.5%	43.3%	34.7%	18.0%	18.5%	15.1%
圏域	毛呂山中学校区 n=595	13.4%	42.9%	30.1%	14.1%	13.4%	12.3%
	川角中学校区 n=529	14.6%	39.5%	28.9%	15.7%	14.6%	11.3%
認定	一般高齢者 n=1,069	11.7%	40.8%	28.0%	14.0%	11.7%	10.7%
	要支援認定者 n=55	58.2%	50.9%	60.0%	30.9%	58.2%	34.5%

※　ＩＡＤＬとは

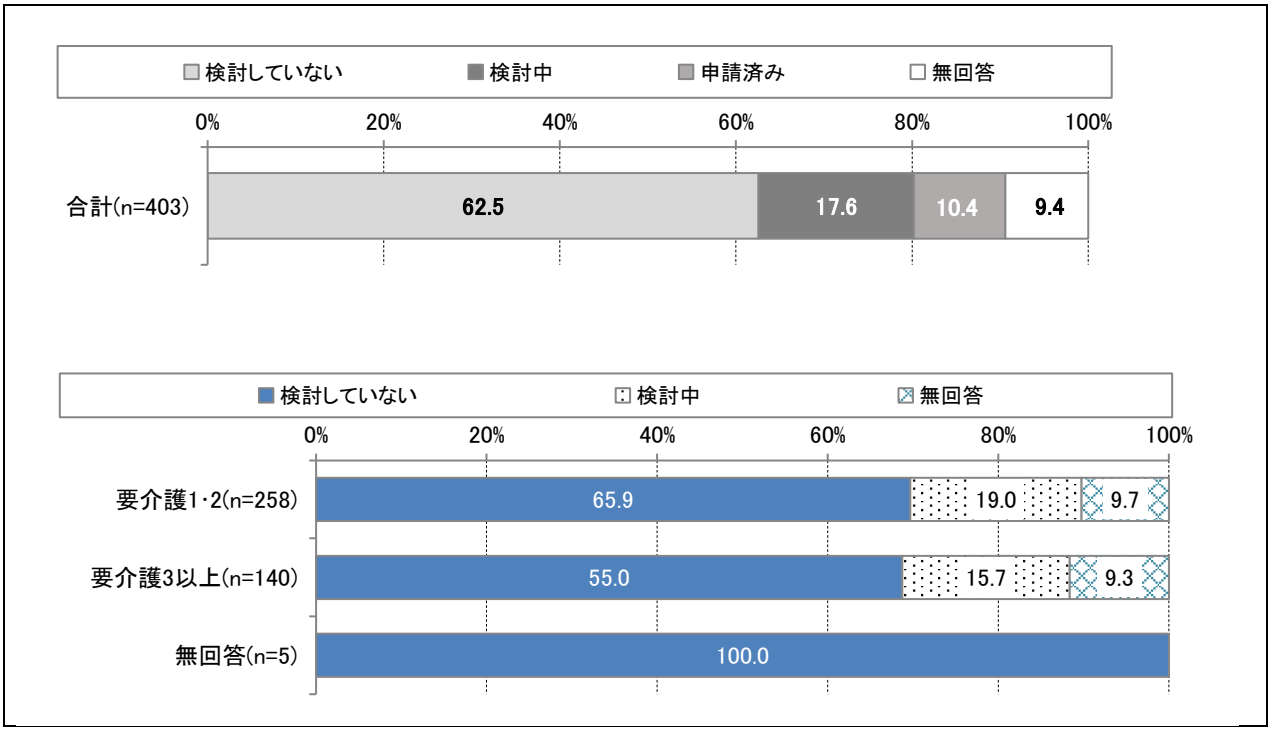
ＩＡＤＬ（Instrumental Activities of Daily Living）とは、「手段的日常生活動作」とも言われ、電話の使い方、買い物、家事、移動、外出、服薬の管理、金銭の管理など、日常生活動作（ＡＤＬ）ではとらえられない高次の生活機能の水準を測定するものです。

（２）在宅介護実態調査（抜粋）

①　現時点での、施設等への入所・入居の検討状況【Ａ票―Ｑ３】（単数回答）

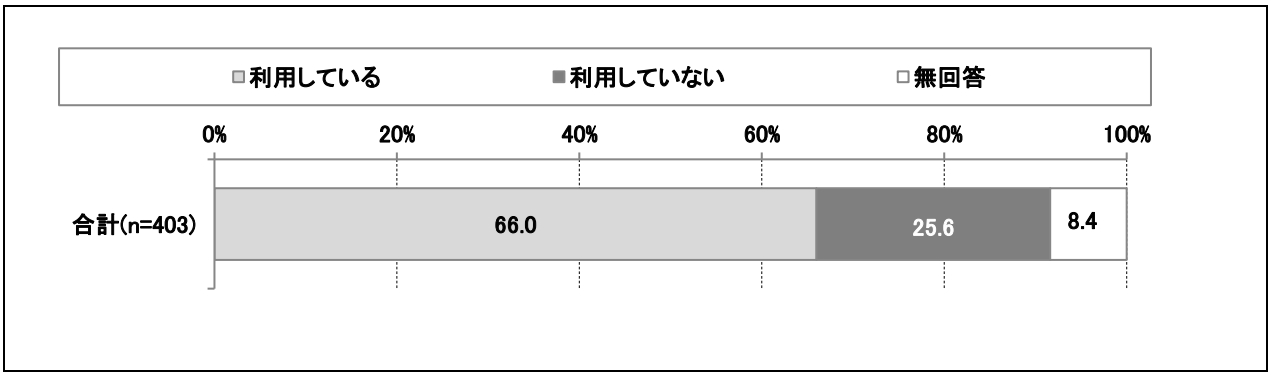
現時点での、施設等への入所・入居の検討状況は、「検討していない」の割合が最も高く 62.5%となっています。次いで、「検討中」が 17.6%、「申請済み」が 10.4%となっています。

要介護度別では、「要介護１・２」では「検討していない」が 65.9%ともっとも割合が高く、次いで「検討中」が 19.0%となっています。「要介護３以上」では「検討していない」が55.0%ともっとも割合が高く、次いで「検討中」15.7%となっています。



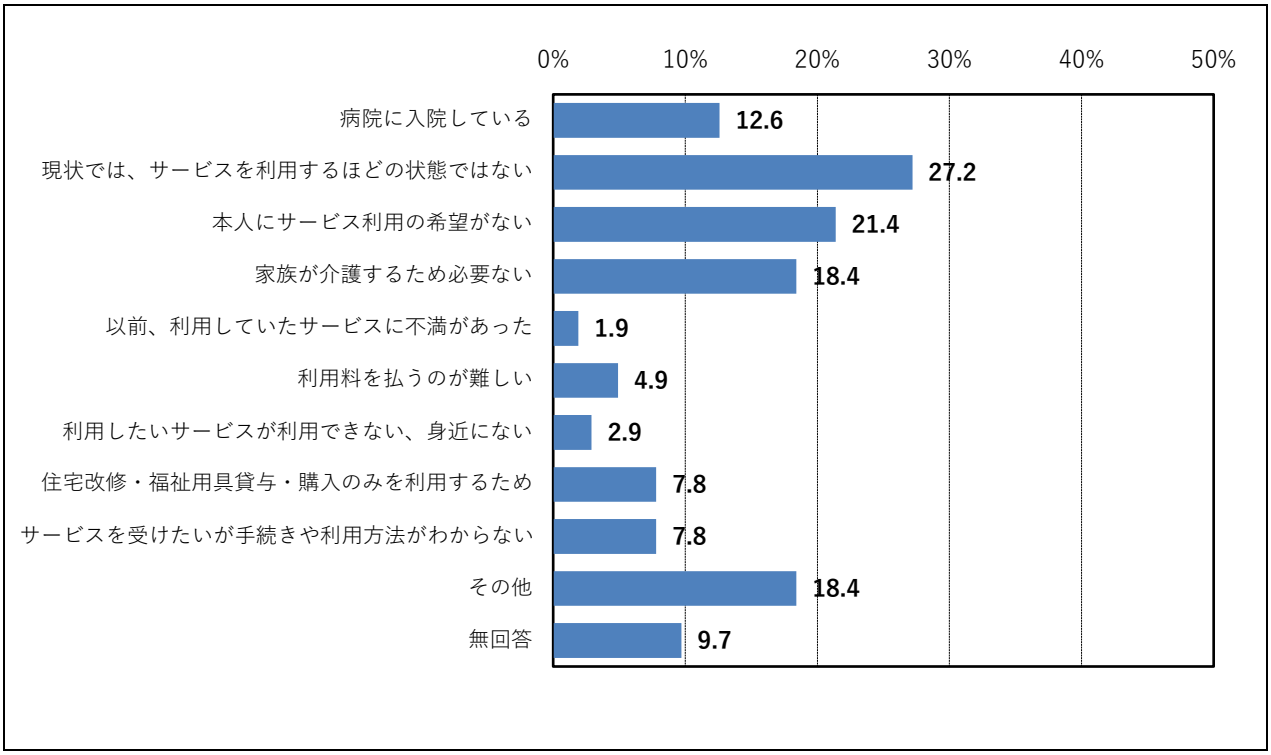
②　介護サービスの利用状況【Ａ票―Ｑ５】（単数回答）

介護保険の利用状況について、「利用している」の割合が最も高く 66.0%となっています。次いで、「利用していない」が 25.6%となっています。



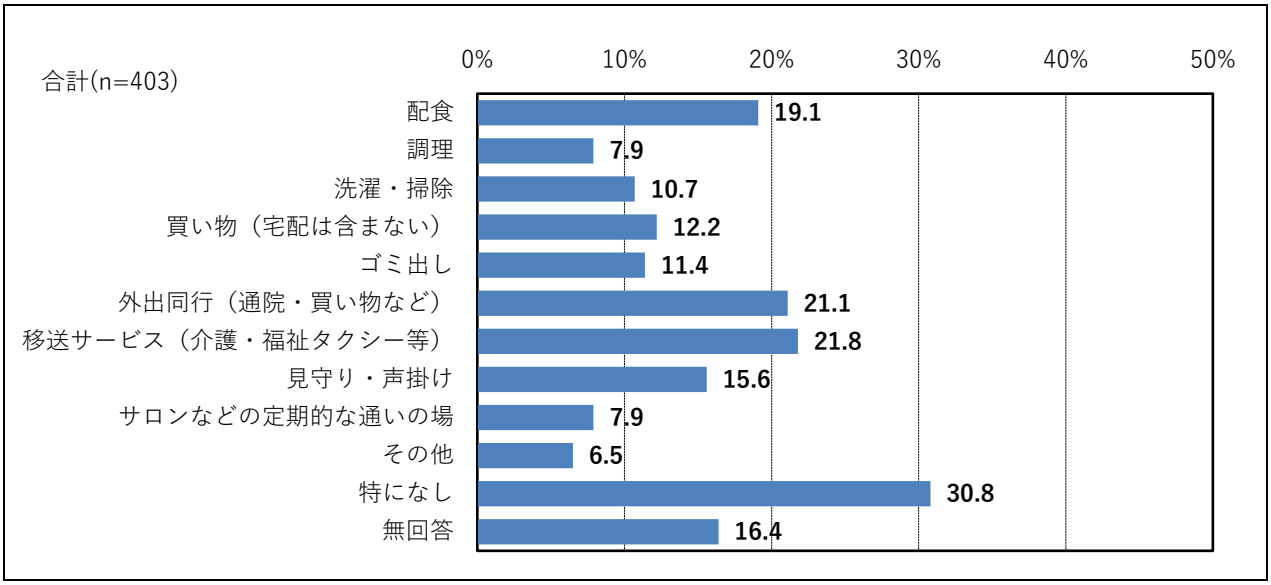
③　介護サービスを利用していない理由【A票―Q６】（複数回答）

介護サービスを利用していない理由では、「現状では、サービスを利用するほどの状態ではない」の割合が最も高く 27.2%となっています。次いで、「本人にサービス利用の希望がない」が 21.4%、「家族が介護をするため必要ない」が 18.4%、となっています。



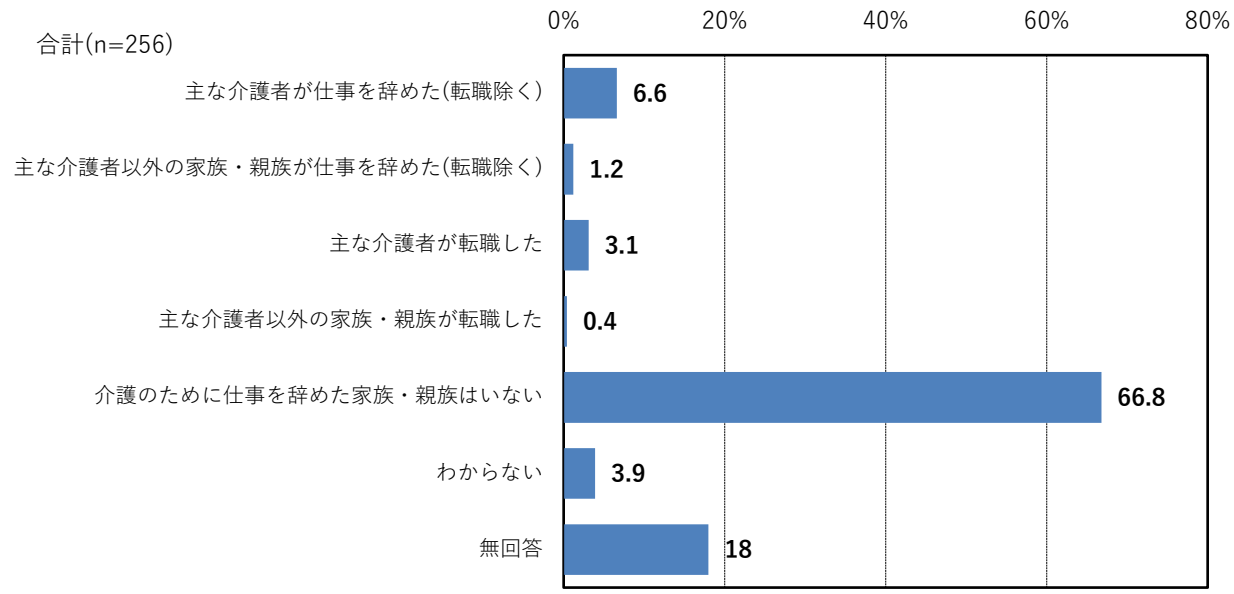
④　今後の在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス【A票―Q８】（複数回答）

今後の在宅生活の継続に必要と感じている支援・サービスについて、「移送サービス（介護・福祉タクシー等）」の割合が最も高く 21.8%となっています。次いで、「外出同行（通院・買い物など）」が 21.1%、「配食」が 19.1%、「見守り、声かけ」が 15.6%となっています。また、「特になし」は 30.8%となっています。



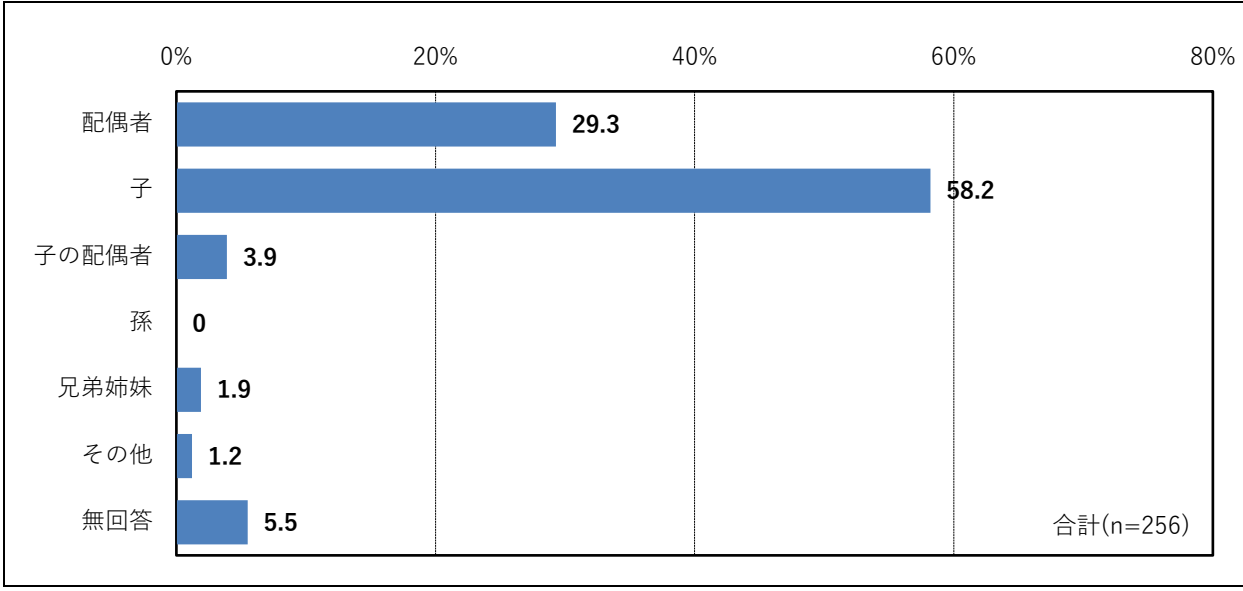
⑤　過去１年間に介護を主な理由で仕事を辞めた家族・親族【Ｂ票―Ｑ１】（複数回答）

過去１年間に介護を主な理由で仕事を辞めた家族・親族について、「介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない」の割合が最も高く 66.8%となっています。
その一方で「主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）」が 6.6%、主な介護者が転職したが 3.1%となっています。



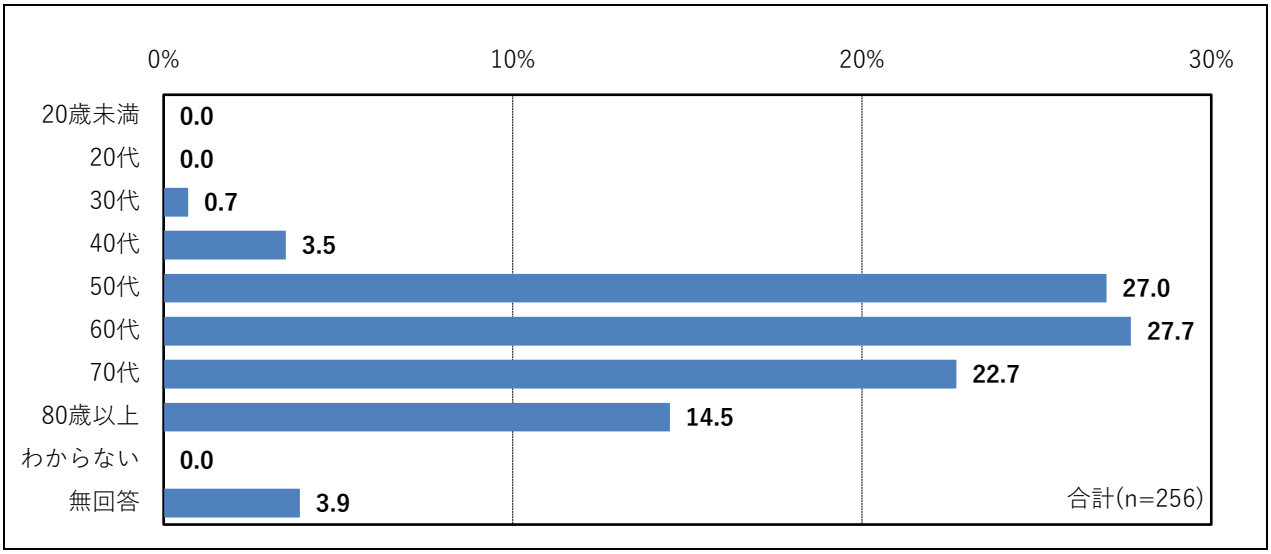
⑥　主な介護者の方の属性【Ｂ票―Ｑ３】（単数回答）

主な介護者の属性は、「子」の割合が最も高く 58.2%となっています。次いで、「配偶者」が 29.3%、「子の配偶者」が 3.9%となっています。



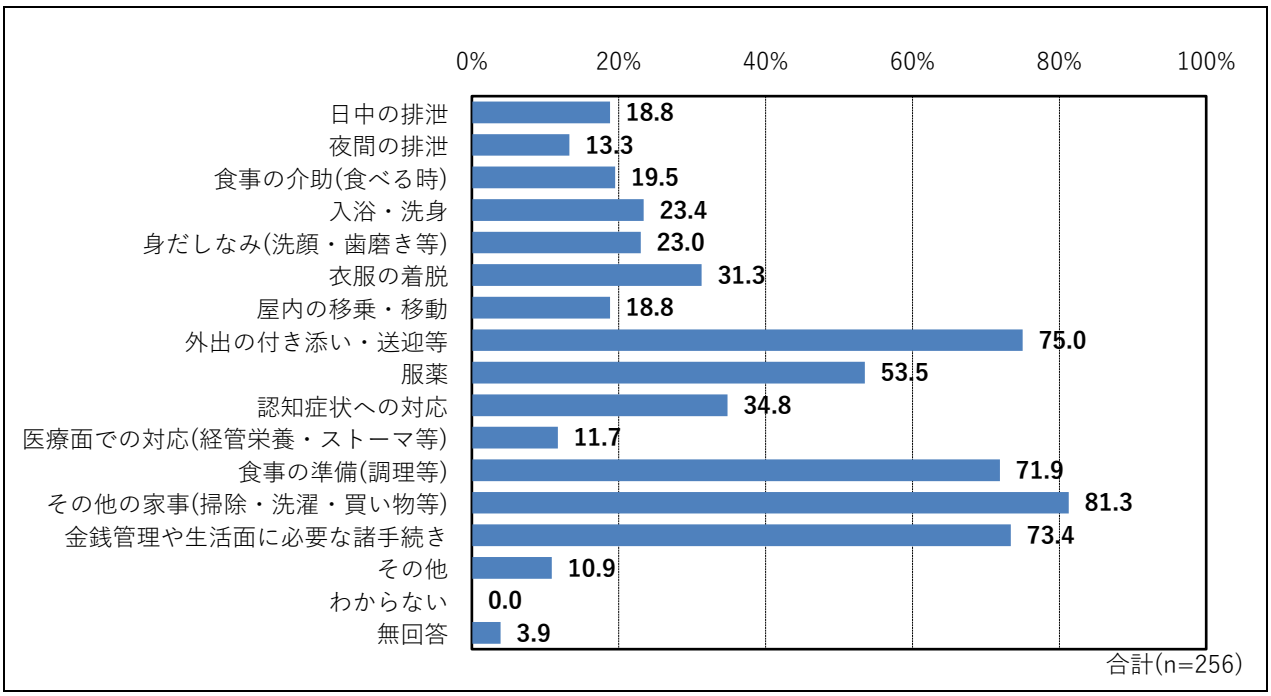
⑦　主な介護者の方の年齢【Ｂ票―Ｑ５】（単数回答）

主な介護者の年齢は、「60 代」の割合が高く、27.7%となっています。次いで、「50 代」が 27.0%、「70 代」が 22.7%、「80 歳以上」が 14.5%となっています。



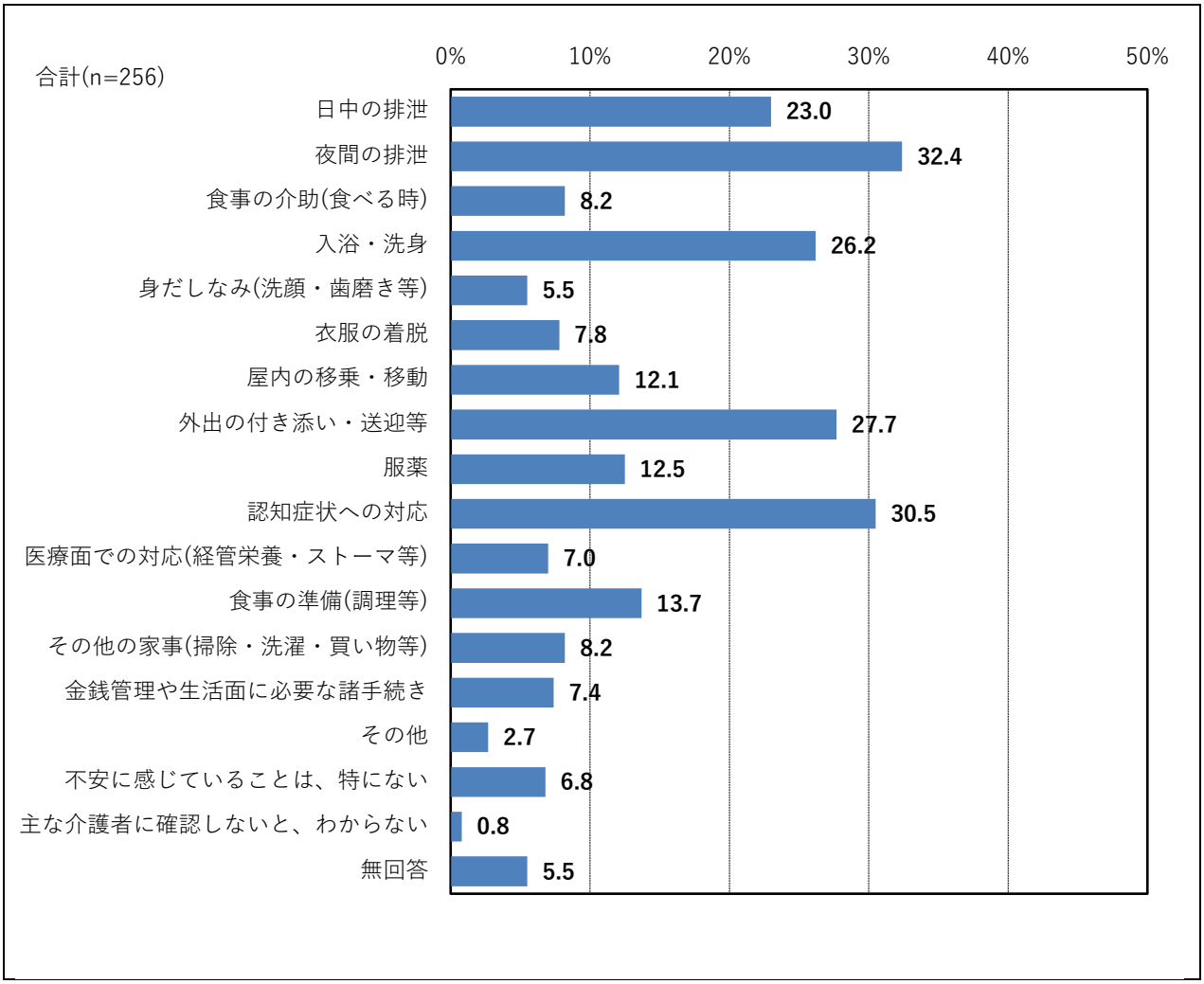
⑧　現在、主な介護者が行っている介護【Ｂ票―Ｑ６】（複数回答）

現在、主な介護者が行っている介護について、「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」の割合が最も高く 81.3%となっています。次いで、「外出の付き添い、送迎等」が 75.0%、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」が 73.4%、「食事の準備（調理等）」が 71.9%となっています。



⑨　現在の生活を継続していくにあたり、主な介護者が不安に感じる介護等【Ｂ票―Ｑ７】（複数回答）

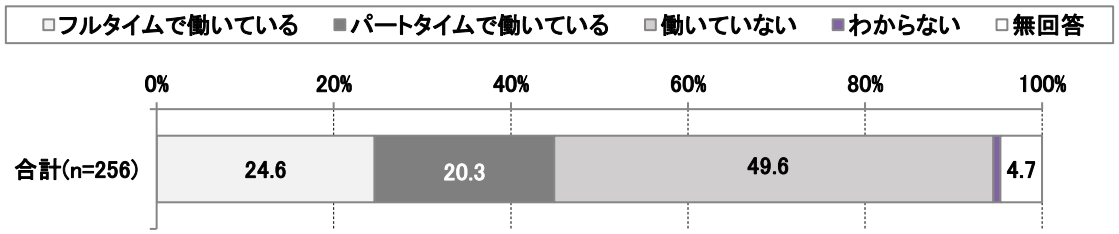
現在の生活を継続していくにあたり、主な介護者が不安に感じる介護等では、「夜間の排泄」の割合が最も高く 32.4%となっています。次いで、「認知症状への対応」が 30.5%、「外出の付き添い、送迎等」が 27.7%となっています。



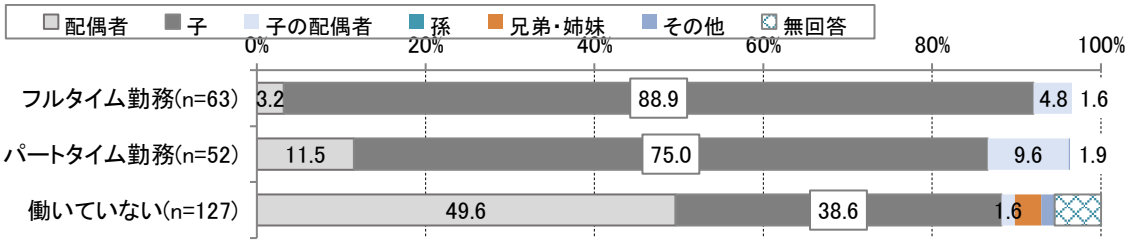
⑩　主な介護者の勤務形態【Ｂ票―Ｑ１３】（単数回答）

主な介護者の勤務形態について、「働いていない」の割合が最も高く 53.5%となっています。次いで、「フルタイム勤務」が 20.1%、「パートタイム勤務」が 17.7%となっています。

主な介護者を介護者の勤務形態別にみると、「フルタイム勤務」では「子」が 89.5%ともっとも割合が高く、次いで「子の配偶者」が 5.3%、「配偶者」が 3.5%となっています。「パートタイム勤務」では「子」が 60.0%ともっとも割合が高く、次いで「配偶者」が 24.0%、「子の配偶者」が 10.0%となっています。「働いていない」では「配偶者」が 54.6%ともっとも割合が高く、次いで「子」が 37.5%、「子の配偶者」が 4.6%となっています。

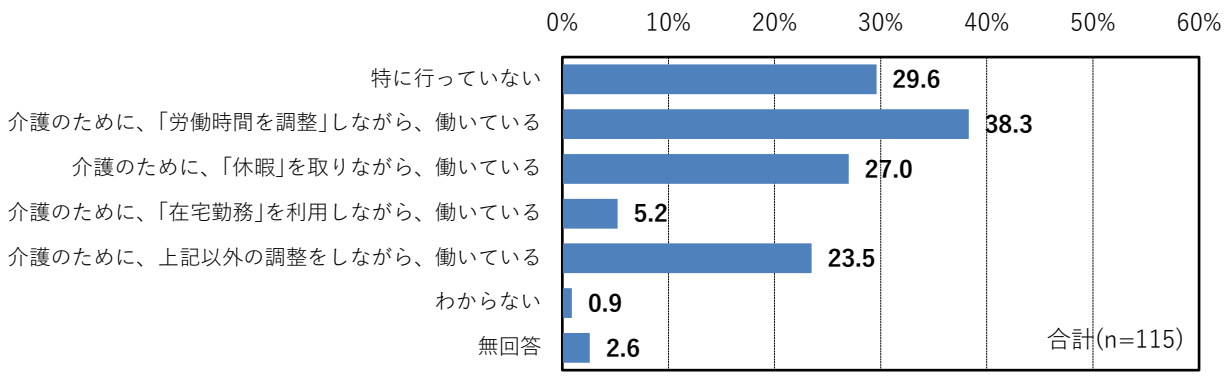


【介護者の勤務形態別】



⑪　介護をするにあたり、主な介護者が行っている働き方の調整【Ｂ票―Ｑ１４】（複数回答）

介護をするにあたり、主な介護者が行っている働き方の調整では、「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 38.3%、「休暇（年休や介護休暇等）」を取りながら、働いている」が 27.0%、「在宅勤務」を利用しながら、働いている」が 5.2%、「それ以外の調整をしながら、働いている」が 23.5%となっています。



６　第９期計画の取組状況の評価と課題等

第９期毛呂山町高齢者総合計画（高齢者福祉計画・介護保険事業計画）では「住み慣れた地域で、いつまでも安心に・自分らしく・いきいき暮らすまち・もろやま」を基本理念に、４つの基本目標を設定し、各種施策や取組を実施してきました。

今回、第10期毛呂山町高齢者総合計画を策定するにあたり、第９期の各目標に対する取組状況の評価を行いました。

基本目標１　生きがいづくりと社会参加の促進

１　健康づくり事業・介護予防事業の推進

主な取組	（１）健康教育及び相談体制の充実 （２）疾病予防の充実 （３）保健事業と介護予防の一体的実施
取組の状況	・成人健康相談の実施や健康に関する講座の実施により、日々の健康増進につながる取組を実施しました。 ・後期高齢者健康診査や各種検診の実施により、疾病の早期発見・早期対応・早期治療に資する取組を実施しました。 ・感染症予防の観点から、各種予防接種事業を実施しました。 ・保健事業と介護予防の一体的実施事業を実施し、地域課題を分析したうえで高齢者の特性を踏まえた健康教育・健康相談を行いました。
課題等	・高齢化の進展により、介護費用等の上昇が懸念されるため、住民の健康寿命を延伸するための事業に引き続き取り組んでいく必要があります。 ・各種検診事業や人間ドック受診の更なる受診率向上のため、補助事業を継続し、疾病の早期発見・早期対応・早期治療に資する取組を推進する必要があります。

２　生涯学習・スポーツ活動の推進

主な取組	（１）生涯学習 （２）スポーツ・レクリエーション
取組の状況	・公民館や図書館、歴史民俗資料館など、生涯にわたり学習に取り組むための機会を提供しています。 ・健幸ウォーキング事業、スポーツフェスタもろやま、各種スポーツ教室の開催など、健康増進を実施しています。
課題等	・趣味の多様化、価値観の変化などに対応したニーズの把握、事業の実施が重要となります。

３　交流機会の充実・居場所づくりの推進

主な取組	（１）老人クラブ （２）老人福祉センター（山根荘） （３）ふれあい・いきいきサロン
取組の状況	・老人福祉センター山根荘の運営や老人クラブ活動支援事業を実施し、高齢者の生きがい、仲間づくりを通じた健康増進支援を行いました。 ・いきいき大学もろやまや寿大学の実施を通じ、新たな知識の習得や見識を深める機会、現代的な生活課題にかかわる学習機会の提供を行いました。
課題等	・新型コロナウイルスの流行により減少した各種活動は元に戻りつつある状況ですが、活動に向けた支援が必要です。 ・価値観の多様化、社会参加の選択肢の幅の広がり、単位老人クラブ内での高齢化の進展など、在り方の検討が必要です。

４　就労機会の確保

主な取組	（１）各種就業情報の提供 （２）シルバー人材センター
取組の状況	・ハローワークや公益財団法人いきいき埼玉が実施する就業情報を窓口等で提供し、就業等に関する情報提供を実施しました。 ・高齢者の就労機会の増大を図り、地域での活動を支援するため、シルバー人材センターの支援を実施しました。
課題等	・シルバー人材センターの会員の高齢化と新規会員加入の伸び悩みが課題となっており、時代のニーズに即した新規受託事業の開拓が難しい状況にあります。会員の活躍の場を拡げるため、新たな活動の場の創出に協力していきます。

基本目標２　安心して暮らせるまちづくりの推進

１　生活を支援するサービスの充実

主な取組	（１）福祉機器の貸出 （２）訪問理容サービス （３）高齢者困りごと援助サービス （４）緊急通報システム （５）ねたきり老人等手当・介護手当 （６）家族介護者（ケアラー）への支援 （７）生活管理指導短期宿泊事業 （８）養護老人ホームの措置 （９）町内循環バスの運行
取組の状況	・ねたきり老人等手当・介護手当の支給や家族介護者教室の実施により、在宅介護の支援を実施しました。 ・緊急通報システム事業等の実施により、ひとり暮らしの高齢者に対する心配ごとを軽減し、安心して生活できるための事業を実施しました。 ・もろバスの運行により、地域での生活を支えるための事業を実施しました。
課題等	・老老介護やヤングケアラー・ビジネスケアラー等、在宅介護に関する問題は山積しており、介護者の負担軽減に向けた施策を今後も推進していく必要があります。 ・令和７年４月よりもろバス運行形態の見直しが行われ、公共交通の利便性が高められましたが、デマンド型乗合交通の検討を含め、有償ボランティアなどの地域協働による交通手段導入等、新たな移動手段の創出など利便性向上のための検討が必要です。

２　支え合いによる地域づくり

主な取組	（１）ボランティア活動の充実 （２）平時における地域見守りネットワーク体制の整備 （３）災害時における支援体制の整備 （４）認知症に人や家族に対する支援 （５）生活支援体制整備事業
取組の状況	・生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）を配置し、地域の課題解決に向けた生活支援の検討、新たな助け合いの仕組みを創出するための活動を行っています。
課題等	・高齢者が活躍でき、興味を持つような活動の場の確保を進めるとともに、認知症対策を一層推進していくことが重要です。 ・災害時の支援体制が機能するためには、平時からの見守り体制の整備が重要です。

基本目標３　地域包括ケアシステムの深化・推進

１　相談支援体制の充実及び権利擁護の推進

主な取組	（１）地域包括支援センターの運営及び機能強化 （２）地域ケア会議の推進 （３）生活支援体制整備事業 （４）在宅医療・介護連携の推進 （５－１）認知症総合支援事業の推進 （５－２）認知症の人や家族に対する支援 （５－３）認知症検診 （５－４）成年後見制度の利用促進 （６－１）成年後見制度の利用促進 （６－２）福祉サービス利用援助 （６－３）高齢者虐待の防止 （６－４）消費者被害の防止
取組の状況	・地域包括支援センター運営協議会を設置し、運営方針の策定に係る協議、運営状況の評価を行っています。 ・地域包括支援センター職員に対する研修計画を策定し、計画的な研修を受講することで、職員の資質向上を図っています。 ・地域ケア個別会議を毎月実施し、専門職の助言を得ながら、対象者の支援に活かし、地域課題の把握・抽出を行っています。 ・越生町と協働で在宅医療介護連携推進会議を設置しており、連携強化に向けた研修の実施や啓発事業を実施しました。 ・毛呂山越生在宅医療支援センターを設置し、地域住民や医療・介護関係者からの相談に対応しています。 ・もの忘れ相談会の実施や認知症検診の実施、認知症サポーター養成等、認知症に対する正しい理解の促進と相談支援の充実を推進し、認知症施策の充実を図っています。 ・成年後見制度に関する相談対応のほか、真に必要と認められる場合には、速やかに町長申立を進めることで、高齢者の権利や財産の保護等を推進しました。 ・高齢者虐待対応専門員の配置及び計画的な職員研修の受講を進めたほか、西入間警察署との連携により、高齢者虐待の防止、早期発見・早期対応に努めました。 ・複雑・高度化する消費者被害に対応するため、消費生活相談事業を実施し、被害予防や解決に向けた支援を行いました。
課題等	・地域包括支援センターに寄せられる相談の複雑化・複合化が見られるため、職員の資質向上や関係者間の一層の連携強化に努め、体制の強化を図っていく必要があります。 ・地域ケア会議で把握した地域課題の解決に向けた取組が思うように実

	施できていないため、対応を強化していきます。 ・在宅医療や人生会議（ＡＣＰ）の普及啓発を行ってきましたが、継続して実施することで更なる理解促進に努めていく必要があります。 ・共生社会の実現を推進するための認知症基本法の施行により、第 10 期計画より町の認知症施策推進計画を一体的に策定し、各種取組を推進していきます。 ・引き続き、警察署をはじめとした関係機関との連携を図り、高齢者虐待防止に向けた施策を推進していくことが必要です。

２　住まいの安定的な確保

主な取組	（１）住宅支援
取組の状況	・高齢者世帯や要介護認定者の増加に伴い、特にひとり暮らしの高齢者の施設等への入所意向の割合が高くなることが見込まれます。身体状態に変化に合わせた自らのニーズに合った住まいの選択が可能となる支援を行っています。
課題等	・介護が必要になっても住み慣れた地域での在宅生活を希望する高齢者が多い一方で、在宅生活を支えるための介護サービスや生活支援に関するサービスが十分とは言えません。特に、ひとり暮らしの高齢者は近所づきあいが少なく孤立する傾向にあるため、地域とのつながりの構築に向けた取組が必要です。

３　介護予防・日常生活支援総合事業の充実

主な取組	（１）介護予防・生活支援サービスの推進 （２）一般介護予防事業の推進
取組の状況	・平成 31（2019）年に開始した訪問型サービスＢに続き、令和４（2022）年に訪問型サービスＣを開始しました。 ・平成 26（2014）年に開始したゆずっこ元気体操を各地域で実施し、地域の介護予防に資する取組として推進しています。
課題等	・訪問型サービスＢについては、ボランティア主体の事業であるため、事業の拡大にはボランティアの計画的な養成が必要です。 ・ゆずっこ元気体操についても、体操をサポートするリーダー（ゆずフィット）の担い手・後継者不足が懸念されることから、計画的な養成が必要です。

第３章　計画の基本的な考え方

１　基本理念

基本理念

住み慣れた地域で、いつまでも安心して・自分らしく・いきいきと暮らせるまち・もろやま

第９期計画期間中の令和７（2025）年には、いわゆる「団塊の世代（1947 年～49 年生まれ）」の全てが 75 歳以上となりました。さらに「団塊ジュニア世代（1971 年～74 年生まれ）」の全てが 65 歳以上となる令和 22（2040）年を見据えると、さらなる少子高齢化の進展によるひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の増加、85 歳以上人口の増加に伴う認知症の人や認知機能が低下した高齢者の増加などにより、今後の高齢者保健福祉へサービス需要や給付費の増高といった形で大きな影響を及ぼすことが予測されています。

一方で、生産年齢人口の急激な減少が予測されています。生産年齢人口の減少により、サービス需要に見合った介護人材の慢性的な不足が見込まれており、「地域包括ケアシステム」を支える人材の確保や介護現場における生産性の向上が重要となっています。

国は、これまで介護保険法の改正を継続的に実施し、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自分らしく自立した生活を送れるよう、住まいを中心として、医療・介護・介護予防・生活支援が切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」を推進してきました。引き続き町の実情に応じた「地域包括ケアシステム」を深化・推進していかなければなりません。

そのため、本計画の期間の中では、これまでの成果や課題を引き継ぎながら、令和 22（2040）年やその先の長期的な見通しを十分に踏まえた上で、町における高齢者施策の基本的な考えや目指すべき取組を総合的に整えるため、住民一人ひとりが互いに協力し支え合い、多様な主体が連携、協働していくことで地域づくりを進め、「住み慣れた地域で、いつまでも安心して・自分らしく・いきいきと暮らせるまち・もろやま」を基本理念に掲げ、「地域包括ケアシステム」の深化と推進、「地域共生社会」の実現を図ります。

２　基本目標

本計画における基本理念の実現に向けて、４つの基本目標を設定し、以下の主な視点を踏まえて、各種施策や取組を位置づけます。

■ 基本目標１　生きがいづくりと社会参加の促進

高齢者が住み慣れた地域で、自立した暮らしを長く続けていくためには、生きがいづくりや地域活動等の社会参加が欠かせない要素です。

生涯学習やスポーツ・レクリエーション、地域活動等といった社会活動を通して生きがいを持つことは、人と人とのつながりが生まれ、活動的になり、ひいては健康に対する好循環も生み出します。

本町では、ゆずっこ元気体操といった高齢者が集まる場（通いの場）などで介護予防事業（ポピュレーションアプローチ）を行うなど、健康に対する意識の向上を図りながら、慢性疾患や生活習慣病の予防にかかる、健康づくりの普及啓発、特定健康診査（特定健診）、後期高齢者健康診査や保健指導、健康相談等に取り組んでおり、今後も高齢者一人ひとりが充実した日常を住み慣れた地域で送れるように支援していきます。

■ 基本目標２　安心して暮らせるまちづくりの推進

少子高齢化や核家族化の進展、人口減少などにより、人々の支え合いの基盤が弱まってきています。暮らしにおける人と人とのつながりが弱まる中、誰もが住み慣れた地域で孤立せずにその人らしい生活を送ることができるよう、様々な社会資源が協働し、支援が必要な方を地域の実情に応じた仕組みで支え、見守るためのネットワークが必要です。

高齢者自身やその家族による「自助」、公的保険制度などによる相互扶助である「共助」、一般財源による各種高齢者福祉事業などの「公助」、に加え、近隣住民や地域の支え合い、ボランティア活動などによる「互助」により、地域と行政による包括的な支援を行ってまいります。

■ 基本目標３　認知症施策の総合的な推進（認知症施策推進計画）

認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることを含め、多くの人にとって身近なものとなっています。

認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともに地域でよりよく生活していくことができる環境を整備し、認知症の人が尊厳と希望をもち、認知症がある人もない人も、ともに生きるという「共生」という考えや、認知症になることを遅らせる、認知症になっても進行を緩やかにするといった「予防」の観点から取組を推進することが大切です。

認知症の人が住み慣れた地域の中で尊厳を保ちながら自分らしく暮らし続けることができる社会を目指します。

■ 基本目標４　地域包括ケアシステムの深化・推進

高齢者が住み慣れた地域で尊厳を保持し、自分らしい生活を最期まで続けられるよう、地域共生社会の実現に向けた「地域包括ケアシステム」の深化・推進に取り組みます。第 10 期計画では、地域の実情に応じて、各関係機関の連携強化と実効性ある仕組みづくりを推進します。

「在宅医療・介護連携の推進」では、医療と介護の多職種による協議や情報共有を一層深め、要介護状態となっても住み慣れた在宅での生活を継続できる体制を構築します。

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」として、フレイル予防や健康づくりへの動機づけを促し、一般介護予防事業（ゆずっこ元気体操等）への参加を通じて疾病予防と重度化防止を進めます。

「生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進」では、多様な活動主体との連携により、要介護状態等となった場合でも総合事業の多様なサービス等を活用できる柔軟な受け皿を整備します。

「地域ケア会議の推進」を通じて、個別の課題解決から地域の共同課題の把握・改善へとつなげます。

「高齢者の居住安定に係る施策との連携」により、医療・介護が必要な高齢者も安心できる住まいの確保と生活支援の連携を図ります。

さらに、認知症施策については、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の理念を踏まえ、認知症の人が尊厳を持ち希望を持って暮らせる共生社会の実現を推進します。認知症初期集中支援チームによる早期からの対応、認知症疾患医療センターや地域包括支援センター等との連携による切れ目のない支援体制をさらに充実させます。また、認知症等により判断機能が低下した方に対しては、成年後見制度の利用促進や消費者被害防止などの権利擁護を推進します。

これらを通じて、高齢者本人への多面的な支援と、家族介護者（ケアラー）への休息・支援を含めた総合的なセーフティネットを構築し、地域全体で支え合う持続可能な地域包括ケアシステムを深化させます。

３　計画の体系

基本理念

住み慣れた地域で、いつまでも安心して・自分らしく・
いきいきと暮らせるまち・もろやま

基本目標	基本施策	施策の内容
基本目標１ 生きがいづくりと社会参加の促進	１健康づくり事業・介護予防事業の推進	(1) 健康教育及び相談体制の充実
		(2) 疾病予防の充実
		(3) 保健事業と介護予防の一体的実施
	２生涯学習・スポーツ活動の推進	(1) 生涯学習
		(2) スポーツ・レクリエーション
	３交流機会の充実・居場所づくりの推進	(1) 老人クラブの活動支援
		(2) 老人福祉センター（山根荘）
		(3) ふれあい・いきいきサロン（町社会福祉協議会事業）
		(4) 健康いきがいづくり事業（官民連携事業）
	４就労機会の確保	(1) 各種就業情報の提供
		(2) シルバー人材センター

基本目標２ 安心して暮らせるまちづくりの推進	１生活を支援するサービスの充実	(1) 福祉機器等の貸出（町社会福祉協議会事業）
		(2) 訪問理容サービス（町社会福祉協議会事業）
		(3) 高齢者困りごと援助サービス（町社会福祉協議会事業）
		(4) 緊急通報システム
		(5) ねたきり老人等手当・介護手当
		(6) 家族介護者（ケアラー）への支援
		(7) 生活管理指導短期宿泊事業
		(8) 養護老人ホームの措置
		(9) 町内循環バスの運行
	２支え合いによる地域づくり	(1) ボランティア活動の充実
		(2) 平時における地域見守りネットワーク体制の整備
		(3) 災害時における支援体制の整備
		(4) 生活支援体制整備事業

基本目標	基本施策	施策の内容
基本目標３ 認知症施策の総合的な推進 （認知症施策推進計画）	１認知症に関する普及啓発	（1）認知症への理解の促進
		（2）認知症に関する相談体制の周知
		（3）認知症の人本人の発信支援
	２認知症予防活動の推進	（1）健康教育及び相談体制の充実【再掲】
		（2）認知症検診の実施
		（3）高齢者補聴器購入費助成事業の実施
		（4）生涯学習【再掲】
		（5）スポーツ・レクリエーション【再掲】
		（6）老人クラブの活動支援【再掲】
		（7）ふれあい・いきいきサロン【再掲】
		（8）各種就業情報の提供【再掲】
		（9）シルバー人材センター【再掲】
		（10）ボランティアの充実【再掲】
	３認知症の人とその家族等への支援（認知症バリアフリーの推進）	（1）認知症の人や家族に対する支援
		①認知症サポーターの養成
		②チームオレンジの結成支援
		③認知症カフェの実施
		④認知症高齢者等ＳＯＳネットワーク事業の推進
		⑤高齢者見守りシール交付事業の推進
		（2）認知症総合支援事業の推進
		①認知症地域支援推進員による支援
		②認知症ケアパスによる情報提供
		③認知症初期集中支援チームによる支援
		（3）若年性認知症の人への支援
		（4）認知症疾患医療センターを中心とした支援の充実
		（5）成年後見制度の利用促進
		（6）高齢者虐待の防止
		（7）消費者被害の防止
		（8）認知症の特性を踏まえた介護サービスの提供【再掲】
		①認知症対応型通所介護（予防）【再掲】
		②認知症対応型共同生活介護（予防）【再掲】

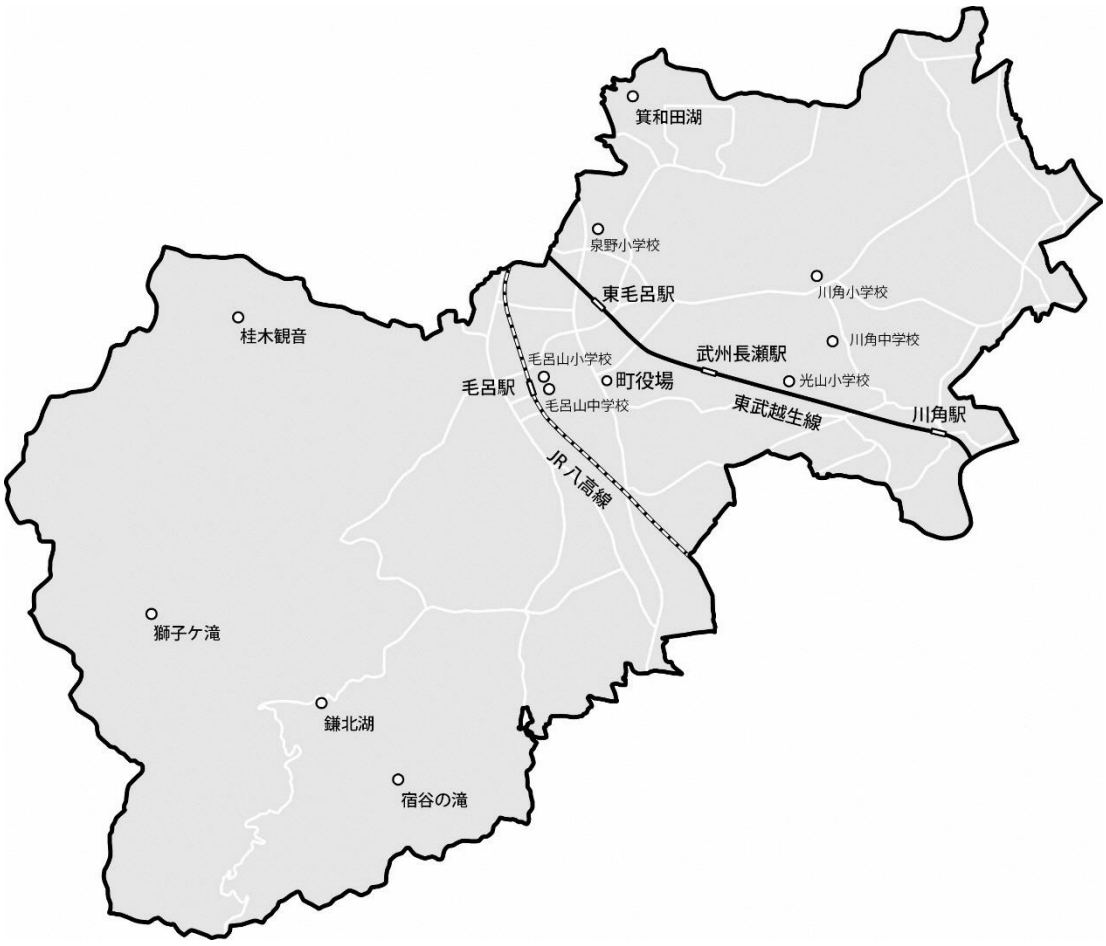
基本目標４ 地域包括ケアシステムの深化・推進	１相談支援体制の充実	（1）地域包括支援センターの運営及び機能強化
		（2）地域ケア会議の充実
		（3）生活支援体制整備事業【再掲】
		（4）在宅医療・介護連携事業の推進
		（5）認知症の人や家族に対する支援【再掲】
		（6）福祉サービス利用援助事業
	２住まいの安定的な確保	（1）住宅支援
	３介護予防・日常生活支援総合事業の充実	（1）介護予防・生活支援サービス事業
		（2）一般介護予防事業

４　日常生活圏域の設定

日常生活圏域は、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設整備の状況、その他の条件に基づいて、各保険者が設定しています。

本町は、第３期計画から町全体を１つの日常生活圏域と定め、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を進めてきました。

日常生活圏域の設定にあたり、本町では人口規模や地理的条件、日常生活の利便性、介護サービス等の状況などを考慮しても、生活形態に大きな変化はみられず、また、令和７年度に実施した「毛呂山町高齢者実態調査」においても、地域間の差はみられませんでした。そのため、今回の第 10 期計画においても、町全体を１つの日常生活圏域として設定しました。



【日常生活圏域】

圏域名	設置数	管轄地域
毛呂山町日常生活圏域	１か所	毛呂山町全域

５　計画の実施・進行管理及び評価

（１）計画の実施・推進体制

本町における高齢者保健・福祉施策や介護保険事業を円滑に推進するためには、計画を総合的な観点から推進する体制を整備し、取組を進めていく必要があります。

そのため、各事業担当課を中心に、サービス提供に係る事務の効率化や相談窓口の機能充実に向けた体制整備等により、施策の効果的な推進を図ります。また、高齢者の保健・福祉施策に関係する行政分野は多岐にわたるため、庁内各課の横断的な連携体制の更なる強化を図ります。

さらに本町では、「介護保険運営審議会」を設置しており、関係機関・団体の連携のもとで、計画の策定・進行管理を含め、適切な推進を図ります。

（２）目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表

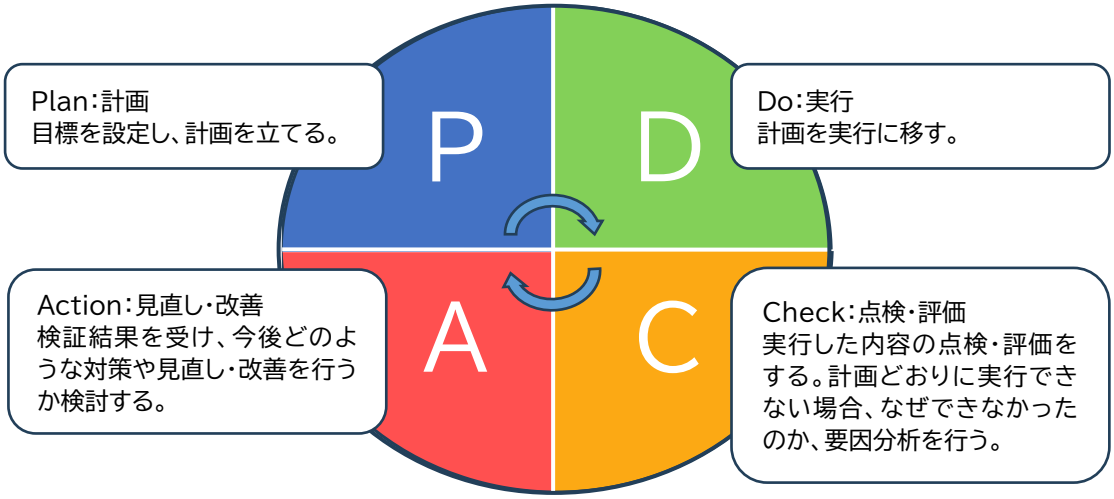
本計画には、ＰＤＣＡサイクル【Plan（計画）、Do（実行）、Check（点検・評価）、Action（見直し・改善）】を導入し、計画の進行管理を適切に行います。

具体的には、毎年度、高齢者保健・福祉施策や介護保険事業の実績、進行状況を把握するとともに、基本施策ごとに設けられた評価指標（目標値）を基準として評価を行い、その進捗・達成状況の点検・調査を行います。

点検・調査結果は、「介護保険運営審議会」において報告し、次年度以降の計画推進及び次期計画の策定時の施策展開の改善につなげられるよう、課題の分析や評価・検証、重点的に取り組むべき事項の検討等を行い、効果的かつ継続的な計画の推進を図ります。

また、本計画の最終年度には、全体総括を行い、次期計画の策定に反映させていきます。

●進行管理のＰＤＣＡサイクルのイメージ



第４章　施策の展開

基本目標１　生きがいづくりと社会参加の促進

人生 100 年時代をいきいきと過ごすためには、生涯学習やスポーツ・レクリエーション、地域活動等といった社会活動に参加して生きがいを持つことが重要となります。生きがいを持つことにより、人と人とのつながりが生まれ、活動的になり、ひいては健康に対する好循環も生み出します。

令和７年度に実施した毛呂山町高齢者実態調査では、約８割の人が健康状態に問題なく生活している一方で、「高血圧」、「目の病気」、「高脂血症」、「糖尿病」等といった病気に悩む高齢者も少なくありません。本町では、ゆずっこ元気体操をはじめとした高齢者が集まる場（通いの場）などで介護予防事業（ポピュレーションアプローチ）を行うなど、健康に対する意識の向上を図りながら、慢性疾患や生活習慣病の予防にかかる、健康づくりの普及啓発、特定健康診査（特定健診）、後期高齢者健康診査や保健指導、健康相談等を充実させることにより、高齢者一人ひとりが充実した日常を住み慣れた地域で送れるように支援していきます。

１　健康づくり事業・介護予防事業の推進

いつまでもいきいきと豊かで充実した人生を送るためには、介護を必要とせず、心身ともに健康な期間である「健康寿命」を延伸していくことが重要となります。

本町では、令和５（2023）年３月に「毛呂山町健幸づくりのまち宣言」を行い、住民一人ひとりが世代や障害の有無に関わらず、健康で幸せに暮らせるまちづくりを進めています。引き続き、日々の健康増進につながるよう、毛呂山町オリジナル健康体操「ＴＯＭＯＲＲＯＷ（ともろー）体操」や「ゆずっこ元気体操」の普及に取り組みます。

また、主要な生活習慣病の発症予防、早期発見・早期治療も健康寿命の延伸には重要となります。そのため、健康診査やがん検診等の事業を推進し、受診率の向上に取り組むとともに、高齢者の健（検）診結果等から、ハイリスク者を抽出し、保健師や管理栄養士による疾病予防・重症化予防を目的とした保健指導を実施していきます。

（１）健康教育及び相談体制の充実

概　　要

壮年期から生活習慣病や介護予防等に関する、正しい知識の普及や適切な指導、支援を行い、自らの健康を守る意識と自覚を高めるため、40 歳以上の人を対象に生活習慣病の予防、健康増進等に関する正しい知識の普及を図ります。

日常生活における健康不安や生活習慣病などに関する相談会を毎月実施し、必要に応じて関係各課と情報共有を行っています。また、住民の健康に資する取組として、高血圧や糖尿病予防などのテーマに沿った生活習慣病予防教室を実施しています。

課　　題

相談や教室の参加者がある程度固定化しているため、更なる事業周知を進めていく必要があります。

今後の方針

健康増進に関する意識を高め、生きがいを持つことは、高齢者だけでなく幅広い世代にとって大切となります。そのため、健康に関する学習機会の提供や、地域住民による交流の活発化が図られ、誰もが生きがいを持ち日々の暮らしに充実感を得られるよう各種講座を企画し、充実を図っていきます。

主な実施事業

成人健康教育の実施、成人健康相談の実施、健康体操普及事業・食生活改善推進員支援事業

（２）疾病予防の充実

概　　要

後期高齢者健康診査のほか、特定健康診査（特定健診）、各種がん検診、肝炎ウイルス検診、歯周病検診等を実施することで、疾病の早期発見、早期対応、早期治療に資する取組を実施しています。また、健康診査の結果に基づき、疾病予防及び栄養や運動等に関する保健指導を行うことで自主的な健康の保持・増進を促します。

また、感染症予防対策として新型コロナウイルスやインフルエンザ、肺炎球菌等の予防接種を実施しています。さらには、健康保険被保険者及び後期高齢者医療制度の被保険者を対象に人間ドック受診の補助を実施しています。

今後の方針

多くの人が積極的に健（検）診に参加できるよう、複数の健（検）診を同日に実施したり、女性限定の実施日を設定するなど、受診しやすい環境づくりを継続し、受診率の更なる向上を進めていきます。また、複数年にわたり、連続して特定保健指導の対象となった者に対する保健指導の内容や指導方法を工夫し、指導内容がより効果的になるように努めていきます。

主な実施事業

高齢者肺炎球菌予防接種・高齢者インフルエンザ予防接種・新型コロナワクチン接種の実施、特定健診・特定保健指導、がん検診の実施、肝炎ウイルス検診の実施、歯周病検診の実施、後期高齢者健康診査・後期高齢者医療健康長寿歯科健診の実施

目標値・見込値

		第９期実績値			第 10 期目標値・見込値		
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度
後期高齢者健康診査受診者数	（人）	1,388	1,405	1,474	1,536	1,560	1,585

Ｒ８年度は実績見込み

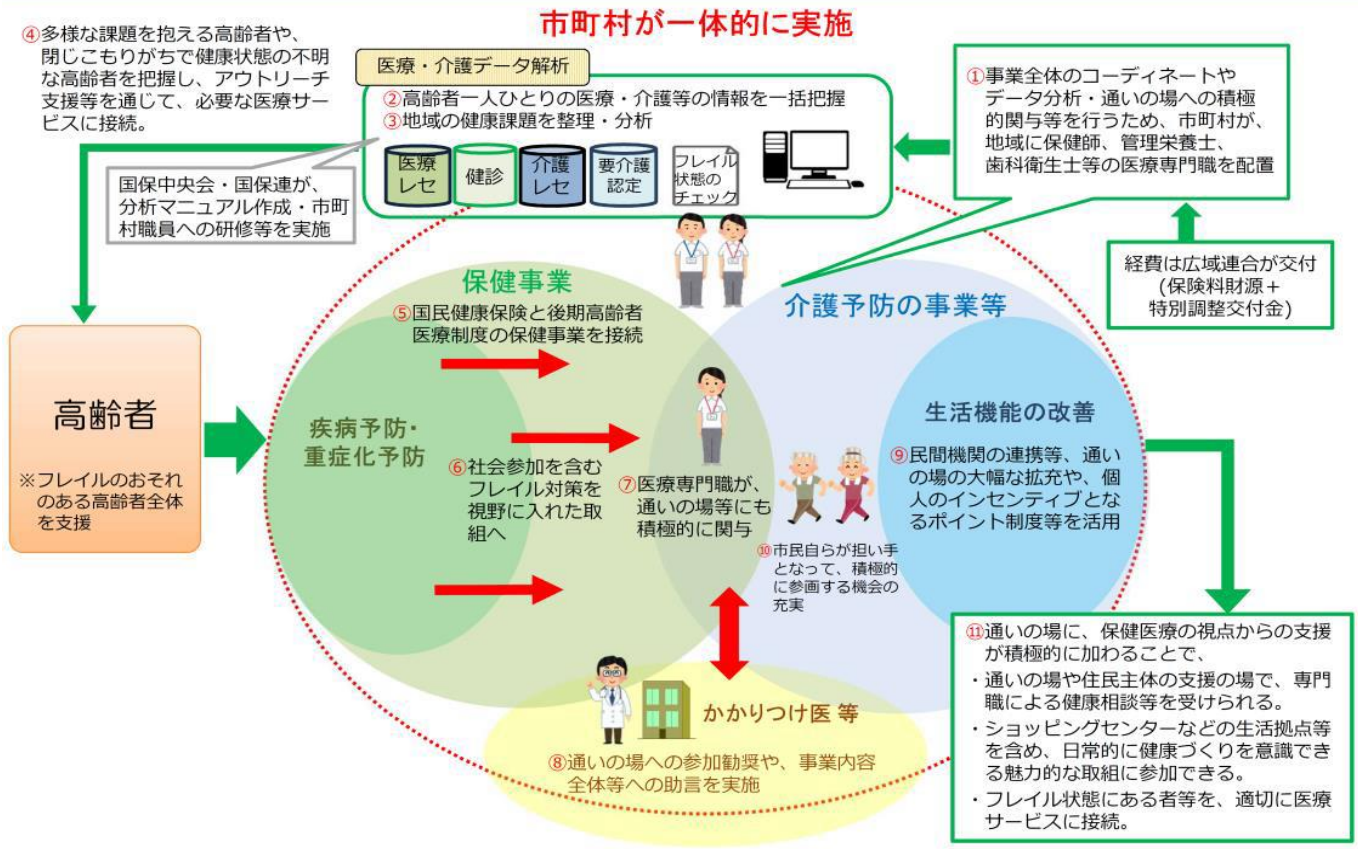
出典：高齢者支援課

（３）保健事業と介護予防の一体的実施

概　　要

埼玉県後期高齢者医療広域連合は令和２（2020）年４月から、高齢者保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防の取組と一体的に実施する取組を開始しました。広域連合は、その実施を構成市町村に委託することができるため、本町では、令和２（2020）年の開始当初から受託、実施しており、主にゆずっこ元気体操といった多くの高齢者が集まる場（通いの場）では、介護予防事業（ポピュレーションアプローチ）として、フレイル予防の普及啓発や参加者の状態把握などを行い、また、健康状態不明者については、保健指導（ハイリスクアプローチ）として個別訪問等により健康状態の把握や健康指導等を行うことで、後期高齢者に対する自立支援及び重度化防止による健康寿命の延伸を目指しています。なお、事業実施に当たっては、国民健康保険、後期高齢者医療保険、保健担当各課が連携して行っています。

■高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）



課　　題

健康意識が低いとされる高齢者については、「健康増進に必ずしも無関心なわけではなく、諦めてしまっている人が多い」との指摘もあります（若い世代の無関心との違い）。このため、参加率を高めていくため、参加したくなる「通いの場」の在り方などについて有識者会議でも議論を深めていく必要があります。

今後の方針

具体的な健康問題を抱える高齢者や閉じこもりがちな高齢者、健康状態が不明な高齢者の把握に努め、必要に応じ適切に医療や介護サービス等につなげていくことで、疾病予防や介護予防、重症化予防に取り組んでいきます。

主な実施事業

ゆずっこ元気体操（ポピュレーションアプローチ）の普及、ハイリスクアプローチ対象者への個別訪問等の実施

目標値・見込値

		第９期実績値			第 10 期目標値・見込値		
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度
保健事業と介護予防の一体的実施（ポピュレーションアプローチ）受講人数	（人）	119	54	60	60	60	60
保健事業と介護予防の一体的実施に係る個別指導（ハイリスクアプローチ）人数	（人）	99	32	40	40	40	40

Ｒ８年度は実績見込み　　出典：高齢者支援課

２　生涯学習・スポーツ活動の推進

高齢者が自分らしくいきいきと暮らしていくためには、生きがいづくりやスポーツ・レクリエーション等の機会を設けることが重要です。

本町では、気軽に参加できるスポーツ・レクリエーションや生涯学習等の活動・学習機会の提供をはじめ、埼玉県が実施する「大学の開放授業講座」や公益社団法人いきいき埼玉が、シニアの学び直しと再チャレンジを支援する「埼玉未来大学」に関する情報の提供を行っています。

（１）生涯学習

概　　要

「生涯学習」は、自己の充実や生活の向上のために、人生の各段階での課題や必要に応じて、あらゆる場所、時間、方法により学習者が自発的に行う自由で広範な学習です。受講者が心豊かでいきいきと生活を送るため、教養を深め、地域や健康、生きがいづくりなどを学習するため「いきいき大学もろやま」や「寿大学」など生涯学習課の事業とも連携しつつ、高齢者の身体面・文化面・社会面の多方面から予防を重視した事業を展開していくことで、認知症を含めた介護予防、ひいては健康寿命の延伸に努めています。

課　　題

コロナ禍により人数制限を設けて実施していた教室等に参加者が戻りつつありますが、完全には戻っていないため、周知やテーマの選定方法などを再考し、実施していく必要があります。

今後の方針

引き続き、多くの高齢者が豊かな人生を送ることができるよう学習機会を提供していきます。さらには、高齢者一人ひとりが人生経験から得た知識や知恵、また、生涯学習活動を通して得たことを、広く地域のボランティア活動や町民活動に還元していけるよう支援していきます。

主な実施事業

寿大学、いきいき大学もろやま、各種講座の開催

目標値・見込値

		第９期実績値			第 10 期目標値・見込値		
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度
寿大学の受講者数	（人）	153	129	200	215	220	230
いきいき大学もろやまの受講者数	（人）	279	275	233	250	265	280

Ｒ８年度は実績見込み

出典：生涯学習課・東公民館

（２）スポーツ・レクリエーション

概　　要

全ての町民がスポーツに親しみ、心身を鍛えるだけでなく、お互いの交流と連帯の輪を広げ、明るい町を築くため、平成元（1989）年に「スポーツ健康都市宣言」を行いました。町民の健康づくりへの意識が高まる中、生涯スポーツの推進とスポーツ施設の利用促進を進め、子どもから高齢者まで、誰もが元気に暮らせるよう、スポーツやレクリエーション活動に気軽に参加できる場の確保や活動の普及を促進します。また、スポーツフェスタもろやまや山根荘で実施されるペタンク大会等により、スポーツに触れる機会があることで、心身ともに健康で元気な高齢者が増えることを目指していく必要があります。

今後の方針

町民の健康増進と体力向上の意識付けを図るため、参加者の声に寄り添った企画立案により、各種教室やイベントを実施していきます。

主な実施事業

ウォーキング教室・各種スポーツ教室の実施、スポーツフェスタもろやまの開催、もろやま健幸ウォーキングマップの配布

３　交流機会の充実・居場所づくりの推進

気軽に集まり交流ができる通いの場や老人クラブ等での様々な世代との交流機会が、人と人とのつながりを生み、地域での活動や活躍へと広がっていきます。そのため、実りあるふれあい、交流機会の充実につながる居場所づくりの推進を図ります。

（１）老人クラブの活動支援

概　　要

各地域の高齢者がお互いに親睦を深め、高齢期における生活を豊かなものとするためそれぞれの地区の老人クラブが創意工夫を凝らしながら、自主的に活動しています。令和８（2023）年９月時点で 22 団体が活動しています。

また、老人クラブが加盟する連合組織として毛呂山町連合寿会があり、会員相互の交流を図ることを目的に各種事業を行っています。

課　　題

多くの人が参加できるよう工夫を凝らし、老人会活動を活発に行っている地区もある一方で、新規加入者の減少や会員の高齢化に伴い、活動の継続が困難となり解散を検討せざるを得ない老人クラブも出てきており、今後の在り方について、地域とともに検討が必要です。

今後の方針

地域により活動内容も様々ではありますが、地域の高齢者がクラブの活動に魅力を感じていなければ会の存続も難しいため、老人福祉センター指定管理者とも協議を行い、高齢者の相互交流機会の充実を図ります。老人クラブの意義を改めて会員と共に見出していくことで、老人クラブの存続を目指していきます。

主な実施事業

連合寿会による各種事業、老人クラブ等補助金交付事業

目標値・見込値

		第９期実績値			第 10 期目標値・見込値		
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度
単位老人クラブ会員数	（人）	943	870	854	840	825	805

Ｒ８年度は実績見込み

出典：高齢者支援課

（２）老人福祉センター（山根荘）

概　　要

高齢者の健康増進や生きがいづくり、レクリエーション、憩いの場や交流機会の創出を支援しています。平成 28 年度からは、社会福祉法人埼玉医療福祉会を指定管理者として現在に至ります。

山根荘の利用については、老人クラブの会員に限らず、60 歳以上の町民であれば、どなたでも利用できます。

課　　題

ライフスタイルや価値観の多様化、社会参加の選択の幅の広がりなどから、利用者が減少傾向にあります。

今後の方針

指定管理者の強みを生かし、また、健幸づくりのまち宣言を推進する視点から、介護予防に資する取組も充実させていくことで、利用者の健康意識を高めていきます。

なお、ライフスタイル・社会参加の変化や主な利用者である単位老人クラブの平均年齢も高くなっていることから、老人福祉センターの在り方についても検討します。

主な実施事業

指定管理者制度による老人福祉センターの運営

目標値・見込値

◆老人福祉センター山根荘の利用者数

		第９期実績値			第 10 期目標値・見込値		
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度
団体利用者数	（人）	10,519	10,125	10,366	**10,469**	**10,574**	**10,679**
個人利用者数	（人）	505	803	1,336	**1,376**	**1,417**	**1,459**
合計	（人）	11,024	10,928	11,702	**11,845**	**11,991**	**12,138**

Ｒ８年度は実績見込み

出典：行政報告書

（３）ふれあい・いきいきサロン（町社会福祉協議会事業）

概　　要

地域住民が気軽に集える場所を通じて、地域の仲間づくり、出会いの場づくり、健康づくりを推進するための活動です。定期的に集うことで顔なじみの輪を拡げ、地域住民同士のきずなを深め、支え合う地域づくりを目指しています。

住民の福祉に対する意識を高めていくことだけでなく、高齢者の閉じこもりや認知症予防にも効果的とされています。

課　　題

参加者が特定の人に限られるなど、広く地域住民の交流につながっていないことや、サロンの立ち上げや継続が地域の支え手不足などの面から難しい地区も増えています。

今後の方針

サロンは、地域のつながりが希薄となっている現状を改善し、世代間の交流を醸成させていくうえで効果があることから、引き続きサロンの立ち上げ及び充実を図り（町社協）、町は社協と共にサロンの立ち上げ等に向けて各地区を支援していきます。

主な実施事業

身近な地域でのふれあい・いきいきサロンの実施

目標値・見込値

◆ふれあい・いきいきサロンの状況

		第９期実績値			第 10 期目標値・見込値		
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度
実施回数	（回）	216	189	200	**205**	**205**	**205**
参加人数	（人）	10,065	9,219	10,000	**10,600**	**10,800**	**11,000**

Ｒ８年度は実績見込み　　出典：毛呂山町社会福祉協議会

（４）健康いきがいづくり事業（官民連携事業）

概　　要

（福）埼玉医療福祉会と連携し、くらしワンストップ MORO HAPPINESS 館において、高齢者の健康づくり、いきがいづくりを支援するとともに、コミュニティカフェや地域サロン(通いの場)など、高齢者のふれあい・交流の場として事業を展開しています。

４　就労機会の確保

社会活動に参加することは、高齢者の健康や生きがいに好影響を与え、介護予防につながることが期待されています。

少子高齢化の進展により労働人口が減少していく中、高齢者の労働力は貴重な社会資源であり、高齢者が生きがいを持って就労できるような就労の場を確保、創出することにより、高齢者の就労を支援します。

（１）各種就業情報の提供

概　　要

労働意欲のある高齢者に対して、シルバー人材センター、ハローワークの求人情報をはじめ、県の「働くシニア応援サイト」などの情報提供を行うなど、高齢者の“働きたい”を支援するとともに、就労関連機関との連携を図ります。

今後の方針

ハローワークに設置された「生涯現役支援窓口」の活用などにより、再就職などを目指す高齢者を応援します。

主な実施事業

就労機会の情報提供等

（２）シルバー人材センター

概　　要

シルバー人材センターは、「高年齢者雇用安定法」に基づき、都道府県知事の指定を受けた公益社団法人で、原則として市町村単位で設置されています。高齢者に臨時かつ短期的又はその他の軽易な就業を提供しており、センターの所在地に居住する健康で働く意欲のある 60 歳以上の人であれば、誰でも利用できます。

「高齢者が働くことを通じて生きがいを得る」ことや「高齢者の社会参加により、活力のある地域社会を創出する」ことを目的としており、営利ではなく、福祉的側面の強い組織となります。

課　　題

高齢化が進み、高年齢者等の雇用の安定等に関する法律の改正により、企業に 65 歳までの雇用延長が義務付けられ、高齢者を積極的に雇用する企業が増えたこと、また、以前のように生きがいや社会参加を目的に働く高齢者は減少し、収入のために働くことを希望する高齢者が増えています。

このような背景から、新たな会員の加入が減少しており、会員の高齢化が進んでいます。

今後の方針

経済的理由から働き続ける高齢者が増える一方、中には体力低下に不安を抱く高齢者もおり、収入を得るという視点だけでなく、臨時的・短期的就労、軽易な就労といった多様な働き方により、知識や経験を活かせるよう、就業機会を確保していくことも重要となります。また、増え続ける高齢者のニーズにマッチングする事業が多いほど、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることが可能となるだけでなく、センターが住民にとって、より身近に感じられることにもつながります。

全国シルバー人材センター事業協会では、日常生活上、何らかの支援を必要とする高齢者に対する支援事業をはじめとした地域社会に貢献する取組を重点的に推進していくとしており、本町においても、高齢者の知識と経験を活かせるよう、介護予防・日常生活支援総合事業による訪問型サービスＢやＤへの参入等について、センターと協議していきます。

主な実施事業

就労機会の確保、総合事業等の新たな分野への参加

目標値・見込値

◆シルバー人材センターの状況

		第９期実績値			第 10 期目標値・見込値		
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度
会員数	（人）	230	219	220	**225**	**230**	**240**
受託件数	（件）	796	636	660	**680**	**695**	**710**

Ｒ８年度は実績見込み

出典：シルバー人材センター

基本目標２　安心して暮らせるまちづくりの推進

高齢者一人ひとりが住み慣れた地域で充実した日常生活を送るためには、支え合いによる生活支援や見守り活動は大切な要素となります。

また、認知症の人やその家族に対するサポートをはじめ、家族介護者の視点に立ち、介護負担の軽減や介護サービスの適切な利用につながるよう支援を行い、身体的、心理的負担の期限につなげていくことで、家族介護者の孤立を防ぐことも重要となります。

１　生活を支援するサービスの充実

地域包括ケアシステムの実現には、地域生活の基盤となる在宅で生活する高齢者のニーズに応じた支援が重要です。

ひとり暮らしの高齢者が増加していることから、緊急通報システムなど、住み慣れた地域で継続的に安全に安心して暮らしていくための支援体制の充実を図ります。

また、家族介護者の負担軽減も重要な取組となるため、介護サービスをはじめ、各種在宅福祉サービスの整備に努め、介護者も含めてより良い生活が送れるよう支援を充実させていきます。

（１）福祉機器等の貸出（町社会福祉協議会事業）

概　　要

高齢者等が福祉機器・用具（車いす、歩行器、多点杖など）を一時的に必要になった時に貸し出すことで、社会参加を支援します。

課　　題

利用状況は横ばいとなっており、効果的な周知方法についての検討が必要となっています。

今後の方針

事業周知と貸出物品の充実に努め（町社協）、町は周知方法等について支援していきます。

（２）訪問理容サービス（町社会福祉協議会事業）

概　　要

常時ねたきり又はそれに準じた状態のため、理容店に出かけることが困難な高齢者を対象に、町内の理容店員が自宅を訪問し、理容サービスを行います。

課　　題

利用者は横ばいとなっています。登録店舗数は４店舗であり、事業の継続が課題です。

今後の方針

事業周知と事業の充実に努め（町社協）、町は周知方法等について支援していきます。

（３）高齢者困りごと援助サービス（町社会福祉協議会事業）

概　　要

ボランティアの協力を得て、ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯に対して暮らしのちょっとした困りごとを援助します。

課　　題

高齢ボランティアが多く、対応できる内容が限定的であることから、より若い世代の参加が進むような方策を検討していく必要があります。

今後の方針

ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯が増加していく中、利用者の増加が予測されるため、利用者の状況に応じたサービス内容の充実を図るとともに、利用者だけでなく、ボランティアにとってもより充実した活動となることを目指し（町社協）、町は事業の周知と必要に応じ、対象者に事業の利用を促していきます。

（４）緊急通報システム

概　　要

原則として、ひとり暮らしの高齢者の日常生活での緊急事態における不安を解消することを目的に、緊急通報システム（本体及びペンダント、生活リズムセンサー）を利用者宅に設置します。

課　　題

ひとり暮らしの高齢者が増加する中、今後も利用を希望する高齢者の増加が見込まれていますが、自己負担額が本人の収入と比較して過大となり、利用を断念してしまっている人がいないか検証が必要です。また、緊急時における連絡先がない高齢者に対するシステム運用方法についても検討する必要があります。

今後の方針

自己負担額や緊急連絡先等に関する見直しを行い、サービスを希望する世帯への設置を進めます。

目標値・見込値

		第９期実績値			第 10 期目標値・見込値		
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度
緊急通報システム 実利用者数	（人）	149	149	150	160	175	190

Ｒ８年度は実績見込み　　出典：行政報告書

（５）ねたきり老人等手当・介護手当

概　　要

日常生活に著しい支障のあるねたきりの高齢者又は重度認知症の高齢者に対して手当を支給します。また、要介護者を自宅で介護している人（家族介護者）に対して、経済的負担軽減を図るため、手当を支給します。

課　　題

ねたきり老人等手当は、国が施設から在宅福祉への移行や在宅福祉の充実を進めた時期に定められたものでありますが、その後、介護の社会化を目指し平成 12（2000）年に介護保険法が導入されました。しかし、現実には、在宅で介護を受けている高齢者のうち主介護者が家族等である人の割合は約７割を占めるなど、未だに家族が大きな役割を担っている状況があります。

今後の方針

引き続き制度の周知を図り、介護者の経済的負担軽減のため、手当を支給します。なお、他市町村が実施している手当の運用状況も参考にしながら、より効果的な支給方法について、見直しを図っていきます。

（６）家族介護者（ケアラー）への支援

概　　要

昨年度実施した在宅介護実態調査では、要介護者を自宅で介護している人（家族介護者）は、配偶者かその子が約 90%となっており、約 65%が 60 歳以上となっています。家族介護者は、要介護者が日中に訪問介護サービスや、デイサービスを利用しても、夕方からの時間帯や土日祝日は介護から離れることができず、自身の時間が制限され、社会や周囲から孤立しがちであるため、介護うつや介護疲れになってしまう傾向が強くなっています。そのため、家族介護者の視点にも配慮した環境づくりを推進することで、高齢者や家族が安心して暮らせるまちづくりを目指します。

また、身体機能の低下に伴って要介護者の支援の必要度が上がったり、認知機能が低下するほど、家族介護者の負担は大きくなります。そのため、家族介護者が、ねたきりの高齢者や認知症の高齢者について、介護に関する知識や技術を習得し、各種サービスの適切な利用につながるよう支援することで、心理的負担の軽減を図ることも重要となります。特に、今後、認知症を発症する高齢者の増加が見込まれる中、認知機能の低下により要介護者との意思疎通が困難となる場合や認知症から発生する様々な問題は、介護の負担がより大きくなるため、認知症の人を支える家族介護者への支援はよりニーズが高まっていくものと予測されます。

課　　題

介護保険制度が導入された現在でも、老老介護やヤングケアラー、更には介護離職の問題など、未だに家族介護が多くの部分を担っている現状があります。背景には、サービス利用に至っていない、サービスだけでは賄えないといった課題があり、それらの解決に向け、積極的な支援を図っていく必要があります。

今後の方針

家族介護者の介護負担を軽減する介護方法や介護予防・重度化防止・自立支援のための介護支援に関する知識や技術の習得を目的とした家族介護教室の内容の充実を図ります。また、関係機関等の協力を得ながら、介護している家族の方が気軽に集える居場所づくりも拡大していきます。

主な実施事業

家族介護者教室・認知症介護者のつどいの実施

目標値・見込値

		第９期実績値			第 10 期目標値・見込値		
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度
家族介護者教室の実施回数	（回）	2	3	3	3	3	3
家族介護者教室の参加者数	（人）	18	57	50	50	50	50
認知症介護者のつどいの実施回数	（回）	6	6	6	6	6	6
認知症介護者のつどいの参加者数	（人）	18	29	18	20	20	20

Ｒ８年度は実績見込み

出典：行政報告書

ケアラーとは？

「ケアラー」とは、心や体に不調がある人の「介護」「看病」「療育」「世話」「気づかい」など、ケアの必要な家族や近親者、友人・知人などを無償でケアする人のこと（一般社団法人日本ケアラー連盟による定義）とされています。

ケアラーの心身の負担軽減は、ケアラー自身の生活の質の向上だけでなく、要介護者に対する虐待の防止や生活困窮のリスクを低下することにもつながります。また、ケアラー自身が誰にも相談できずに一人で悩みを背負い続けた場合には、更なる問題が発生し、ケアラーと要介護者が共倒れしてしまう可能性もあります。

高齢化や核家族化が拡がっていくなかで、ケアラーにかかる負担は今後さらに増大していくことが見込まれます。また、老老介護や介護離職、ヤングケアラーなど、社会問題にもなっています。そのような中、埼玉県では全国に先駆け、令和２（2020）年３月 31 日に埼玉県ケアラー支援条例を公布・施行し、ケアラー支援を推進しています。ケアラーと要介護者がともに自分らしく尊重され、安心できる暮らしをこれからも社会全体で支えていくことが重要となっています。

（７）生活管理指導短期宿泊事業

概　　要

在宅の虚弱な高齢者及び基本的生活習慣が欠如している高齢者等を一時的に養護する必要がある場合、老人福祉施設等に短期間宿泊し、日常生活に対する指導・支援を行い、基本的な生活習慣の確立が図られるよう援助します。

町内３か所、町外１か所の施設と利用に関する契約を締結し、必要に応じ入所による指導・支援をしています。

今後の方針

引き続き、町内３か所、町外１か所の施設と利用に関する契約を締結し、必要性を判断の上、入所による指導・支援を行います。

（８）養護老人ホームの措置

概　　要

環境上、経済的理由により、居宅において養護を受けることが困難な人を養護老人ホームに入所させ養護する等、必要に応じ実施するもので、平成 12（2000）年に介護保険法が制定され、措置から契約の流れの中で、養護老人ホームは措置施設として存続してきました。

利用者の死亡や入院、また、新たに措置を必要とする方が減少したことにより、入所者数は減少しています。なお、現在、措置により入所している方については、定期的に老人ホーム入所判定委員会を開催し、入所の継続の必要性について判断しています。

今後の方針

引き続き、居宅において養護を受けることが困難な人を養護老人ホームに措置するなど、必要に応じて適切に実施します。

（９）町内循環バスの運行

概　　要

現在、日常生活の支援及び公共施設の利便性向上を目的とし、毛呂山町コミュニティバス「もろバス」を運行しています。運行ルートは、日常生活に必要な買い物や通院などを支える移動手段として、町内各地域から医療機関、商業施設、鉄道駅、公共施設へのアクセスが可能となるルートを設定しています。

ワゴン車３台から５台へ増車し運行していますが、満員になった場合は、後発車両により対応しています。また、循環型の運行から往復運行を基本とする運行形態へ転換するとともに、バス停を 13 か所増加させ、一部区間では、停留所以外でも降車できるフリー降車制度を導入するなど利便性の向上を図っています。

高齢化の進展に伴い、特に高齢者にとっても日常生活を担う重要な役割を担っています。

課　　題

更なる利便性の向上を目指し、運行形態の見直しを実施しました。（令和７年４月）地域の実情に即した持続可能な移動手段の在り方について、関係機関と連携しながら検討を進めてまいります。

今後の方針

運行見直しについては、次の運行見直しに向けて、デマンド型乗合交通の検討を含め、有償ボランティアなどの地域協働による交通手段導入等、さらには近隣自治体のコミュニティバスとそれぞれのバス停で接続した広域的なネットワークの形成など、新たな移動手段の創出など利便性向上のための検討を行い、住み慣れた地域でいきいきと暮らすことができるまちづくりを支えます。

主な実施事業

もろバスの運行

２　支え合いによる地域づくり

暮らし慣れた地域で安全に安心して日常生活を過ごすためには、地域住民を中心とした、多様な主体による支え合い活動が欠かせません。

ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯が増えていることから、平時における地域見守りネットワーク体制や災害時における避難行動要支援者に対する体制の整備を進め、高齢者が安全に安心して暮らせる地域づくりを進めていきます。

（１）ボランティア活動の充実

概　　要

ボランティアは人や社会とつながり、仕事とは異なる価値ややりがいを感じることができ、また、昔よりも地縁関係が薄れ、近所付き合いなども減っていく中、これまで培ってきた技能や能力を仕事ではなく、ボランティアとして生かしていきたいと望む町民の活躍の場を整えることで、ボランティア活動が地域との関係性を築くきっかけづくりになっています。なお、町社会福祉協議会では、平常時のボランティアの養成から災害発生時の災害ボランティアセンターの開設により、ボランティアの受入れも行っています。

課　　題

ボランティア受入れを希望する施設等は様々ありますが、ボランティア活動を望む高齢者が高年齢化しているため、状況に応じた事業内容のボランティアを育成している町社会福祉協議会を中心に検討していく必要があります。

今後の方針

町社会福祉協議会と連携し、ホームページやＳＮＳ等を活用し、ボランティア活動の魅力や活動できる場所の紹介等、情報発信の充実に努めるとともに、高齢者の健康増進、介護予防、社会参加、地域貢献を通じた生きがいづくりを目的としたボランティアポイント制度の導入について検討し、幅広い世代がボランティア活動に参加できる環境を整備します。

主な実施事業

ボランティアセンターの運営（社会福祉協議会）、ボランティア養成講座（社会福祉協議会）、ボランティア体験学習（社会福祉協議会）

目標値・見込値

		第９期実績値			第 10 期目標値・見込値		
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度
生活支援ボランティア養成者数	（人）	2	4	5	10	10	15

Ｒ８年度は実績見込み

出典：高齢者支援課

（２）平時における地域見守りネットワーク体制の整備

概　　要

ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯などを対象に、町社会福祉協議会の委嘱を受けた「ふくしサポーター」や民生委員・児童委員等が連携し、自治会を単位として声かけ等による見守りを行い、安否が心配される方については、町へ報告していただき、連携して安否確認を行います。また、認知症の人の増加が予測される中、認知症高齢者の早期発見、早期保護等の見守り体制の充実も図ります。

課　　題

現在の地域見守りネットワーク事業については、「要援護者カード」の収集とそれらの方に対する声かけが主なものとなっており、住民生活に関わりが深い民間事業所等による見守りについては盛り込まれていません。高齢化が進み、認知症の人の増加が予測される中、民間事業所等の地域貢献への取組みとの連携により、官民が一体となり、高齢者や障害者等への見守りを実施していくことで安心して日常生活を送ることができる地域社会づくりを目指していく必要があります。

今後の方針

地域住民や民間事業所等の地域貢献事業との連携を強化するため、現行の見守りネットワーク要綱を見直し、定期的な顔合わせの機会を位置付けることで、顔の見える関係を築くとともに地域課題の把握と共有の強化を図り、地域ぐるみで課題解決に取り組む機運を高めていきます。その際、認知症の人への見守り方法についてもネットワークに盛り込んでいきます。

主な実施事業

民生委員・児童委員活動との連携、防犯ボランティア「ゆず」、地域見守りネットワーク事業、地域ふくしサポーターとの連携、企業による地域貢献事業との連携、防犯活動（消費者被害の防止等）

（３）災害時における支援体制の整備

概　　要

高齢者や障害者等のうち避難行動要支援者となる人について、災害発生時に安否確認、避難誘導、救助活動などが円滑に行われるよう、行政区や民生委員・児童委員、自主防災組織等の協力を得て、世帯の実態把握に努め、実効性を担保するため、日頃から定期的な訓練等を実施することで、災害時の避難行動を確実に行えることも重要です。また、多くの時間を過ごす自宅で安心した生活を送ることができるよう、家具転倒防止などハード面の支援についても検討が必要です。

課　　題

現状では、避難行動要支援者については年２回、名簿の更新を防災担当課（総務課）にて行っていますが、対象者に対する個別支援計画の策定は十分進んでいるとは言えません。避難行動要支援者の対象となる高齢者については、介護サービスを利用している方ばかりではないため、利用していない避難行動要支援者については、生活実態を適切に把握していく必要があります。

今後の方針

支援の必要な人の漏れを防ぐとともに、名簿登載者で同意を得たものについては避難支援等関係者に情報提供を行い、災害時における個別支援計画の策定を進めます。個別支援計画策定の際には、介護支援専門員（ケアマネジャー）等の理解と協力を得ることで、防災と福祉の連携を推進していきます。また、介護サービス等を利用していない方については、民生委員・児童委員等との連携強化を図り、生活実態把握の精度を上げていくことで、必要な方について確実に個別支援計画の策定に結び付けていきます。

主な実施事業

避難行動要支援者名簿の作成、要配慮者利用施設における避難確保計画（防災体制、訓練）の作成援助、福祉避難所の指定、防災訓練の実施

（４）生活支援体制整備事業

概　　要

協議体の設置や生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）等を通じて、互助を基本とした生活支援等に関するサービスの創出に向けた取組を実施しています。地域住民や各種団体、各種事業所等の関係者など様々な社会資源との連携により、高齢者の日常生活を支える支援体制の充実等を図ります。

課　　題

地域ケア会議で浮かび上がった地域課題・ニーズにマッチングする生活支援等に関するサービスの開発を生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）を中心に、地域と共に行っていくことで、課題の解決に取り組んでいますが、マッチングするサービスの創造には至っていません。特に、ごみ出しや買い物など、生活に直結する課題を解決については、喫緊の課題であり、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）が中心となり、引き続き地域との連携強化、課題の共有を図り、具体的な活動に結びつけていく必要があります。

今後の方針

ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯の増加により、要介護認定を受けるほどではありませんが、ごみ出しや買い物などの日常生活に直結する支援を必要とする高齢者の増加が予測されます。

このような地域課題に対して、地域住民等が関心を持ち、身近な地域の中で解消が図られるよう支援していきます。

主な実施事業

生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置、生活支援体制整備推進協議会の運営

目標値・見込値

		第９期実績値			第 10 期目標値・見込値		
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度
地域との調整や協議回数	（回）	95	39	38	**50**	**60**	**70**
法人や地元企業との協議等	（回）	18	12	55	**60**	**65**	**70**

Ｒ８年度は実績見込み

出典：高齢者支援課

基本目標３　認知症施策の総合的な推進（認知症施策推進計計画）

認知症は、誰もがなる可能性がある脳の病気です。家族が認知症になることを含め、多くの人にとって身近なものとなっています。

国の取りまとめた新・オレンジプランでは認知症及びその予備軍の人の数は令和７年（2025年）に約700万人前後に達し、65歳以上高齢者に対する割合は、約５人に１人になるとされております。

そのような中、令和６年１月１日には、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が施行されました。認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人に寄り添いながら、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるよう、環境整備を行っていくことが求められています。

１　認知症に関する普及啓発

社会全体で認知症の人を支える基盤として、認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンや認知症サポーターの養成、学校教育における認知症の人を含む高齢者への理解の推進など、認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進を図ることが重要です。

（１）認知症への理解の促進

概　　要

誰もが認知症とともに生きることになる可能性があり、また、誰もが介護者等として認知症に関わる可能性があるなど、認知症は誰にとって身近な病気であることを、普及・啓発等を通じて改めて確認していく。

課　　題

認知症の人が自らの言葉で語る姿等を積極的に発信することなど、効果的な周知方法についての検討が必要となっています。

今後の方針

認知症基本法に基づく認知症の日（９月 21 日）及び認知症月間（９月）などの機会を捉えて、認知症に関する情報の発信やパネル展を実施するなどし、認知症に関する知識の普及並びに正しい理解の促進に努めます。

また、認知症サポーター養成講座の開催を引き続き推進し、人格形成に重要な時期にある小・中学生に対する認知症サポーターの養成にも努めます。

（２）認知症に関する相談体制の周知

概　　要

認知症地域支援推進員のコーディネートのもと、認知症の人とその家族に対する「物忘れ相談会」を毎月実施し、早期に医療につなげていく。また、地域の高齢者等の保健医療・介護等に関する総合相談窓口である地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターにおける認知症に関する相談体制充実させ、ホームページ等を活用した窓口へのアクセス手段についても総合的に整備することなどにより、相談者の不安や悩み、ストレス等の負担の軽減を図ります。

課　　題

利用者に大きな変化はありません。事業の周知など再検討が必要です。

今後の方針

事業周知と事業の充実に努め、町は周知方法等について検討していきます。

（３）認知症の本人の発信支援

概　　要

認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるよう、認知症の人を支援している認知症サポーターやキャラバン・メイトとの交流会を開催するなどし、そこで把握した意見を認知症施策の企画立案に反映していきます。

また、認知症の人本人からの発信の機会が増えるよう、認知症カフェなどの場を通じて、認知症の人本人が自身の希望や必要としていることなどを本人同士で語り合う「本人ミーティング」の開催支援を行います。

課　　題

認知症の当事者が集まり、当事者同士が語り合い、当事者の視点から声を聴くことで、ニーズや課題の把握につなげる必要があります。

今後の方針

認知症地域支援推進員を中心に企画調整を行います。

２　認知症予防活動の推進

運動習慣・生活環境の改善、糖尿病や高血圧などの生活習慣病の予防、難聴への対応、社会参加による社会的孤立の解消などは認知症予防に効果があるとされており、認知症検診も推進しつつ、地域全体において、認知症予防に資する可能性のある活動を推進していきます。

（１）健康教育及び相談体制の充実（再掲　56 ページ参照）

概　　要

壮年期から生活習慣病や介護予防等に関する、正しい知識の普及や適切な指導、支援を行い、自らの健康を守る意識と自覚を高めるため、40 歳以上の人を対象に生活習慣病の予防、健康増進等に関する正しい知識の普及を図ります。

日常生活における健康不安や生活習慣病などに関する相談会を毎月実施し、必要に応じて関係各課と情報共有を行っています。また、住民の健康に資する取組として、高血圧や糖尿病予防などのテーマに沿った生活習慣病予防教室を実施しています。

（２）認知症検診の実施

概　　要

認知症の早期発見及び状況に応じた適切な治療につなげることを目的として、一定の年齢に達した方を対象に、簡易な検診を実施します。認知症が疑われる方については、認知症疾患医療センターを紹介し、早期発見、早期治療につなげています。

課　　題

現在は、70 歳に達した方を対象に無料で検診を実施していますが、認知症については、早期発見・早期治療が重要であることから、今後、より高齢化が進む中、受診年齢の幅を広げ、また、認知症検診の受診をためらう人への対応や、ひとり暮らしの高齢者など家族による気づきや促しの機会が限られた人について、いかに受診につなげていくかが課題となっています。

今後の方針

対象年齢の拡大のほか、他市町村における認知症予防・介護予防に関する取組（介護サービス事業者、専門機関、様々な企業等との連携）も参考にしながら、検診内容の充実を図り、認知症の早期発見・早期治療を図ります。

主な実施事業

特定健康診査の機会を利用した認知症検診の実施

（３）高齢者補聴器購入費助成事業の実施

概　　要

難聴と認知症の関連性が指摘されています。身体障害者手帳の対象とならない軽度・中等度の難聴により日常生活に困難を抱える高齢者に対し、補聴器購入費の一部を助成します。

（４）生涯学習（再掲　58 ページ参照）

概　　要

公民館や図書館、歴史民俗資料館等を中心として、生涯にわたり一人ひとりの個性や能力に応じて学習に取り組むための様々な機会を提供しています。また、高齢者がこれまで得た経験を地域で生かしていただきたいとする期待は高まっており、実現に向けて、どのようなきっかけを提供し、どう支援していくべきか十分な議論をしていく必要があります。また、介護予防や認知症に対する正しい知識を得て、予防につながる取組を推進していくことも、高齢期を支える学習として重要となります。

主な実施事業

寿大学、いきいき大学もろやま、各種講座の開催

（５）スポーツ・レクリエーション（再掲　58 ページ参照）

概　　要

全ての町民がスポーツに親しみ、心身を鍛えるだけでなく、お互いの交流と連帯の輪を広げ、明るい町を築くため、平成元（1989）年に「スポーツ健康都市宣言」を行いました。町民の健康づくりへの意識が高まる中、生涯スポーツの推進とスポーツ施設の利用促進を進め、子どもから高齢者まで、誰もが元気に暮らせるよう、スポーツやレクリエーション活動に気軽に参加できる場の確保や活動の普及を促進します。また、スポーツフェスタもろやまや山根荘で実施されるペタンク大会等により、スポーツに触れる機会があることで、心身ともに健康で元気な高齢者が増えることを目指していく必要があります。

主な実施事業

ウォーキング教室・各種スポーツ教室の実施、スポーツフェスタもろやまの開催、もろやま健幸ウォーキング事業の実施

（６）老人クラブの活動支援（再掲　60 ページ参照）

概　　要

各地域の高齢者がお互いに親睦を深め、高齢期における生活を豊かなものとするためそれぞれの地区の老人クラブが創意工夫を凝らしながら、自主的に活動しています。令和８（2026）年９月時点で 22 団体が活動しています。

また、老人クラブが加盟する連合組織として毛呂山町連合寿会があり、会員相互の交流を図ることを目的に各種事業を行っています。

主な実施事業

連合寿会による各種事業、老人クラブ等補助金交付事業、山根荘による連合寿会への支援

（７）ふれあい・いきいきサロン（再掲　61 ページ参照）

概　　要

地域住民が気軽に集える場所を通じて、地域の仲間づくり、出会いの場づくり、健康づくりを推進するための活動です。定期的に集うことで顔なじみの輪を拡げ、地域住民同士のきずなを深め、支え合う地域づくりを目指しています。
住民の福祉に対する意識を高めていくことだけでなく、高齢者の閉じこもりや認知症予防にも効果的とされています。

主な実施事業

身近な地域でのふれあい・いきいきサロンの実施

（８）各種就業情報の提供（再掲　62 ページ参照）

概　　要

労働意欲のある高齢者に対して、シルバー人材センター、ハローワークの求人情報をはじめ、県の「働くシニア応援サイト」などの情報提供を行うなど、高齢者の“働きたい”を支援するとともに、就労関連機関との連携を図ります。

主な実施事業

就労機会の情報提供等

（９）シルバー人材センター（再掲　63 ページ参照）

概　　要

シルバー人材センターは、「高年齢者雇用安定法」に基づき、都道府県知事の指定を受けた公益社団法人で、原則として市町村単位で設置されています。高齢者に臨時かつ短期的又はその他の軽易な就業を提供しており、センターの所在地に居住する健康で働く意欲のある 60 歳以上の人であれば、誰でも利用できます。
「高齢者が働くことを通じて生きがいを得る」ことや「高齢者の社会参加により、活力のある地域社会を創出する」ことを目的としており、営利ではなく、福祉的側面の強い組織となります。

主な実施事業

就労機会の確保、新規会員の獲得、総合事業等の新たな分野への参加

（10）ボランティア活動の充実（再掲　69 ページ参照）

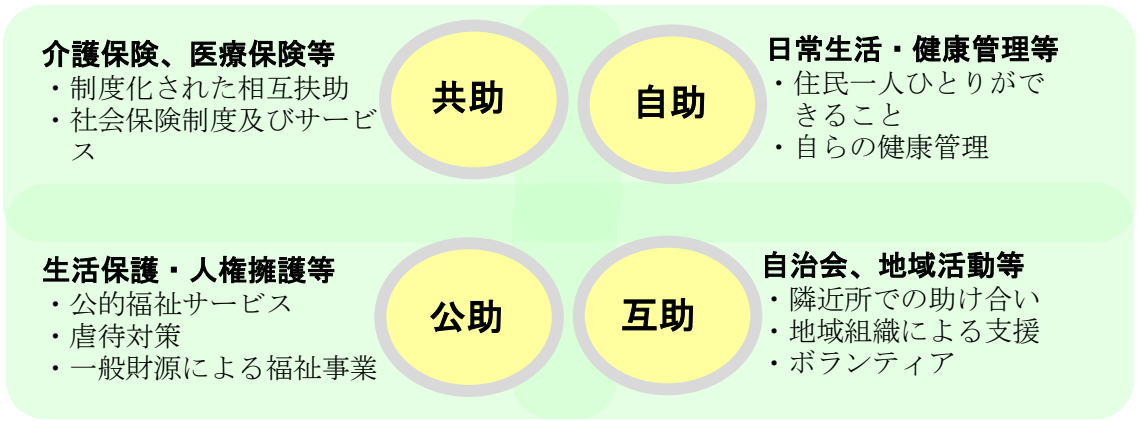
概　　要

ボランティアは人や社会とつながり、仕事とは異なる価値ややりがいを感じることができ、また、昔よりも地縁関係が薄れ、近所付き合いなども減っていく中、これまで培ってきた技能や能力を仕事ではなく、ボランティアとして生かしていきたいと望む町民の活躍の場を整えることで、ボランティア活動が地域との関係性を築くきっかけづくりになっています。なお、町社会福祉協議会では、平常時のボランティアの養成から災害発生時の災害ボランティアセンターの開設により、ボランティアの受入れも行っています。

主な実施事業

ボランティアセンターの運営（社会福祉協議会）、ボランティア養成講座（社会福祉協議会）、ボランティア体験学習（社会福祉協議会）

【自助・共助・公助・互助について】



生産年齢人口の減少に対し、今後支援が必要となる高齢者、特に後期高齢者数の増加が予想されています。

持続可能な高齢者福祉サービスを提供していくためには、高齢者自身やその家族による「自助」、公的保険制度などによる相互扶助である「共助」、町一般財源による高齢者福祉事業などの「公助」に近隣住民や地域の支え合いによる「互助」を加え、地域と行政による包括的な支援を行ってまいります。

３　認知症の人や家族に対する支援（認知症バリアフリーの推進）

認知症になることで、買い物や移動、趣味の活動などさまざまな活動や交流の機会が減ることがあると言われています。認知症になっても、認知症の人とその家族ができるかぎり住み慣れた地域で暮らし続けることができるようにするための取り組みを、地域全体で支える体制づくりが必要です。

認知症の人と家族等が地域のつながりの中で、安心して自分らしく暮らし続けることができるよう、認知症の人と家族等の参画を得ながら、バリアフリー化の推進に向けた取組の検討・実施を進めます。

また、見守りを含めた地域の支援体制の整備や認知症の人を介護する家族等への支援を進めます。認知症があってもなくても同じ社会の一員として、地域で共に暮らし、地域を一緒に創っていく共生社会づくりを推進します。

（１）認知症の人や家族に対する支援

概　　要

認知症サポーターの養成等により町ぐるみのサポート体制を構築し、認知症の人やその家族が安心して日常生活を送ることができるような地域づくりを目指します。そのため、医療・介護等の支援ネットワーク構築、認知症対応力向上のための支援、相談支援体制の構築等を行うため、認知症地域支援推進員の配置や認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する認知症サポーターの養成を進めます。また、認知症の人やその家族が、身近な地域住民との交流を深めることで相互に情報を共有し、お互いを理解し合う認知症カフェ等の設置を推進します。

①認知症サポーターの養成

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に対してできる範囲で手助けをする「認知症サポーター」を養成し、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ています。

②チームオレンジの結成支援

認知症の人が安心して暮らし続けることができる地域づくりを進めるため、認知症の人の支援のニーズに認知症サポーター等をつなげる仕組みである「チームオレンジ」の構築を推進しております。

③認知症カフェの実施

町内には、認知症の人も、そうでない人も一緒に集い楽しむ場として、認知症カフェ（オレンジカフェ）が４カ所あります。カフェには、認知症サポーター養成講座を受けた、ボランティアがおり、参加者のみなさんが安心して過ごすことができます。

④認知症高齢者等ＳＯＳネットワーク事業の推進

毛呂山町では警察や町内の構成機関（消防署・医療機関・介護施設）と連絡体制（認知症高齢者等 SOS ネットワーク）を構築しています。事前登録をすることで、認知症等により行方不明になるおそれのある方が、万が一行方不明になってしまったときに、捜索や保護について協力を得ることができます。

⑤高齢者見守りシール交付事業の推進

認知症などが原因で、外出先から自宅等に戻れなくなってしまった人などを発見した際、発見者がスマートフォン等で見守りシールに印刷されている二次元コードを読み取ることで、家族等の保護者にメールが届き、発見・対応をスムーズにするシステムを推進しています。

課　　題

認知症サポーターの養成を定期的に実施しており、サポーターの数は増加していますが、認知症への理解をより深め、実践的な対応を習得していくことでステップアップを図り、地域で暮らす認知症の人や家族の困りごとを認知症サポーターがチームとなって支える「チームオレンジ」の編成に向けた取組が必要です。

今後の方針

認知症地域支援推進員を中心に、認知症の人に対し適切な支援が行われることで、認知症の人を介護する家族等の負担軽減が図られるよう、専門職だけでなく、「チームオレンジ」や認知症サポーターとの連携を深めます。

主な実施事業

認知症理解の普及啓発、認知症地域支援推進員の配置、認知症サポーターの養成、チームオレンジの結成支援、認知症介護者のつどい・認知症カフェ（オレンジカフェ）の実施、高齢者等見守りシール事業、認知症高齢者等ＳＯＳネットワーク事業

目標値・見込値

		第９期実績値			第 10 期目標値・見込値		
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度
認知症サポーター養成講座受講者数	（人）	212	244	250	260	275	290
チームオレンジの結成数	（チーム）	3	4	4	5	6	7
認知症カフェ（オレンジカフェ）の参加延べ人数	（人）	1,332	1,490	1,500	1,550	1,600	1,680
認知症高齢者等ＳＯＳネットワークの新規登録者数	（人）	8	8	8	9	10	10
高齢者見守りシール交付事業新規登録者数	（人）	8	6	8	9	10	10

Ｒ８年度は実績見込み

出典：高齢者支援課及び行政報告書

（２）認知症総合支援事業の推進

概　　要

認知症高齢者が安心して地域で暮らせるよう、家族や地域住民の認知症に対する理解を深めるため、地域包括支援センターが中心となり認知症サポーターの養成や認知症家族への支援、啓発活動に取り組んでいます。認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らしていくためには、認知症疾患に対する早期診断・早期対応を行う体制が整備されるほか、認知症に関する正しい知識と理解に基づき、本人や家族への支援体制の構築が重要となります。

課　　題

早期発見には、検診だけでなく、日頃からの住民相互のつながりも重要となってきます。しかしながら、住民相互のつながりの場が少ない状況にあることから、認知症になってもできる限り住み続けられる地域のあり方について地域住民と話し合っていくことも必要です。

今後の方針

認知症施策推進大綱に基づいたこれまでの施策を評価し、新たに施行された認知症基本法の主旨に基づき、国や県が策定する計画に沿い、町の認知症施策推進計画を策定し、認知症施策を総合的に推進していきます。

主な実施事業

認知症予防の体制整備、認知症ケアパスの周知及び活用、認知症初期集中支援チームの設置

①認知症地域支援推進員による支援

認知症地域支援推進員は、医療機関、介護サービス事業所、その他地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支える活動を担い、認知症に係る地域支援体制づくりを進める上で重要です。

地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を配置し、認知症に関する家族等からの相談に対し、迅速かつ適正な対応を図ります。

②認知症ケアパスによる情報提供

「認知症」は決して特別なことではなく、誰もがなる可能性のある身近な病気です。ご家族や身近な方が認知症になったとき、あるいは自分自身がその兆しを感じたとき、どう向き合い、どのように支えていけばよいか、認知症ケアパス（ガイドブック）を通じ、認知症に関する基本的な知識についてわかりやすく解説し、また、地域で利用できる支援制度や相談窓口、地域の取組についても紹介しています。

③認知症初期集中支援チームによる支援

認知症の初期の症状が見られる高齢者に対し、医療と介護の専門職を中心とする支援チームが訪問し、その結果を基に認知症サポート医師を中心としたチームで協議を行い、認知症等高齢者への早期対応を図ります。

（３）若年性認知症の人への支援

概　　要

認知症は、一般的には高齢者に多い病気ですが、65 歳未満で発症した場合、「若年性認知症」とされます。

本人や配偶者が現役世代なので、認知症になって職を失うと、経済的に困ることになります。また親の病気が子どもに与える心理的影響も大きく、就職、教育、結婚などの子供の人生設計が変わる場合もあります。

若年性認知症に対する理解の促進や若年性認知症一人ひとりの状態に応じた様々な支援に関する取り組みが重要です。

課　　題

高齢者の認知症と異なり、若年性認知症の有病者の把握が難しい状況にあります。

今後の方針

埼玉県の若年性認知症コーディネーターとも連携し、社会参加、就労支援等の支援を行っていく。

主な実施事業

若年性認知症コールセンターや若年性認知症コーディネーター、利用出来るサービスなど専門的な情報の周知を図った。

（４）認知症疾患医療センターを中心とした支援の充実

概　　要

認知症疾患医療センターは、地域における認知症医療提供体制の拠点としての役割を担う専門医療機関で、埼玉県内には 10 か所の医療機関が埼玉県やさいたま市から指定されています。

町内にも１つの指定医療機関があり、認知症サポーター養成講座や物忘れ相談会での専門職員の派遣、かかりつけ医や地域包括支援センター等の関係機関との連携など、地域の医療・介護のネットワークを構築しています。

今後の方針

認知症疾患医療センターは、地域の認知種疾患対策の拠点として、関係機関と連携を図りながら認知症対応に関する中心的な役割を担っています。

今後も、密接に連携し、認知症医療の推進を図ります。

主な実施事業

認知症初期集中支援チームに対する支援、認知症サポーター養成講座への講師派遣、物忘れ相談会への専門職員の派遣

（５）成年後見制度の利用促進

概　　要

高齢者の権利擁護を図るため、実態把握調査や相談の過程で、支援が必要と判断した場合には、成年後見制度の活用、老人福祉施設等への措置、虐待への対応など関係機関と連携し適切な対応を講じます。

課　　題

令和５年度に成年後見制度利用促進法に基づく町利用促進計画を策定し、「地域連携ネットワーク」の整備と広報、相談、成年後見制度利用促進、後見人支援の４つの機能が果たす「中核機関」を設置しました。家族介護の疲れから高齢者虐待が発生することも多いことから、家族支援を丁寧に行っていく必要があります。

今後の方針

「中核機関」、「地域連携ネットワーク」を中心に、必要な人に必要な支援が行き届く体制を推進していきます。

主な実施事業

成年後見制度利用支援事業、法人後見、市民後見人の育成と活躍の場の検討

目標値・見込値

		第９期実績値			第 10 期目標値・見込値		
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度
成年後見町長申立件数	（件）	3	4	4	5	5	5

Ｒ８年度は実績見込み　　出典：行政報告書

（６）高齢者虐待の防止

概　　要

家庭や介護施設での高齢者虐待の件数は増加傾向で、喫緊に解決しなければならない課題であり、これらの虐待の背景には、家族や職員の介護ストレス及び介護に関する知識不足などがあるとされています。外部から気づくことが遅れると、長期にわたり虐待行為が繰り返されてしまう可能性もあります。高齢者虐待を防止するためには、虐待について正しく理解し、地域全体で虐待防止に向けた取組を行い、また、介護者の介護に対する負担やストレスを軽減していくための支援体制を築いていくことが必要となります。

そのため、町では、地域包括支援センターと連携し、虐待を受けたと疑われる人の速やかな保護に努めています。また、町ホームページや広報紙での虐待防止に関する啓発や、民生委員・児童委員の定例会などで虐待に関する研修を実施するなどし、アウトリーチ等を通じた継続的支援を行い、虐待の早期発見に努めています。

主な実施事業

高齢者虐待対応専門員の配置、虐待に関する職員研修の受講、虐待防止に関する啓発の実施

（７）消費者被害の防止

概　　要

消費生活に係る被害の未然防止に取り組むとともに、被害に遭われた人の救済や二次被害防止のため、専門の相談員を配置し、支援を行います。
なお、相談者の利便性を考慮し、越生町・鳩山町と連携、それぞれの町に在住・在勤の人であれば、消費生活相談を相互に利用できる体制を構築しています。

（８）認知症の特性を踏まえた介護サービスの提供（再掲 111 ページ参照）

①認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

概　　要

認知症の診断があり、要支援・要介護の認定を受けた高齢者に対して、デイサービスセンターで入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の支援及び機能訓練等を行うサービスです。

②認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

概　　要

認知症の診断があり、要支援２及び要介護認定を受けた高齢者がグループホームにおいて、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、介護スタッフとともに共同生活を行い、食事、入浴、排せつ等の日常生活の支援や機能訓練を受けるサービスです。

認知症の「共生」と「予防」

認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることを含め、多くの人にとって身近なものとなっています。

ここで示す**「共生」**とは、認知症の人が尊厳と希望をもって認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても、ともに生きるという意味を示しています。認知症を自分事としてとらえ、暮らしの中の困難が生じた場合であっても、重症化を予防しつつ、まわりの人や地域の協力のもと、本人が希望を持って前を向き、自身の力を活かしていくことで、住み慣れた地域の中で尊厳を保ちながら、自分らしく暮らし続けていける社会が求められています。

また、**「予防」**とは、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味で用いられており、認知症を完全に防ぐということは現時点では困難であることから、「認知症にならない」という意味ではないことに留意する必要があります。

運動不足の改善、糖尿病や高血圧症など、生活習慣病の予防、社会参加による孤立の解消や何かの役割を持ち続けることで、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ます。予防に関する科学的根拠の収集、普及とともに、通いの場における活動の推進など、正しい知識と理解に基づいた認知症への「備え」が重要です。

基本目標４　地域包括ケアシステムの深化・推進

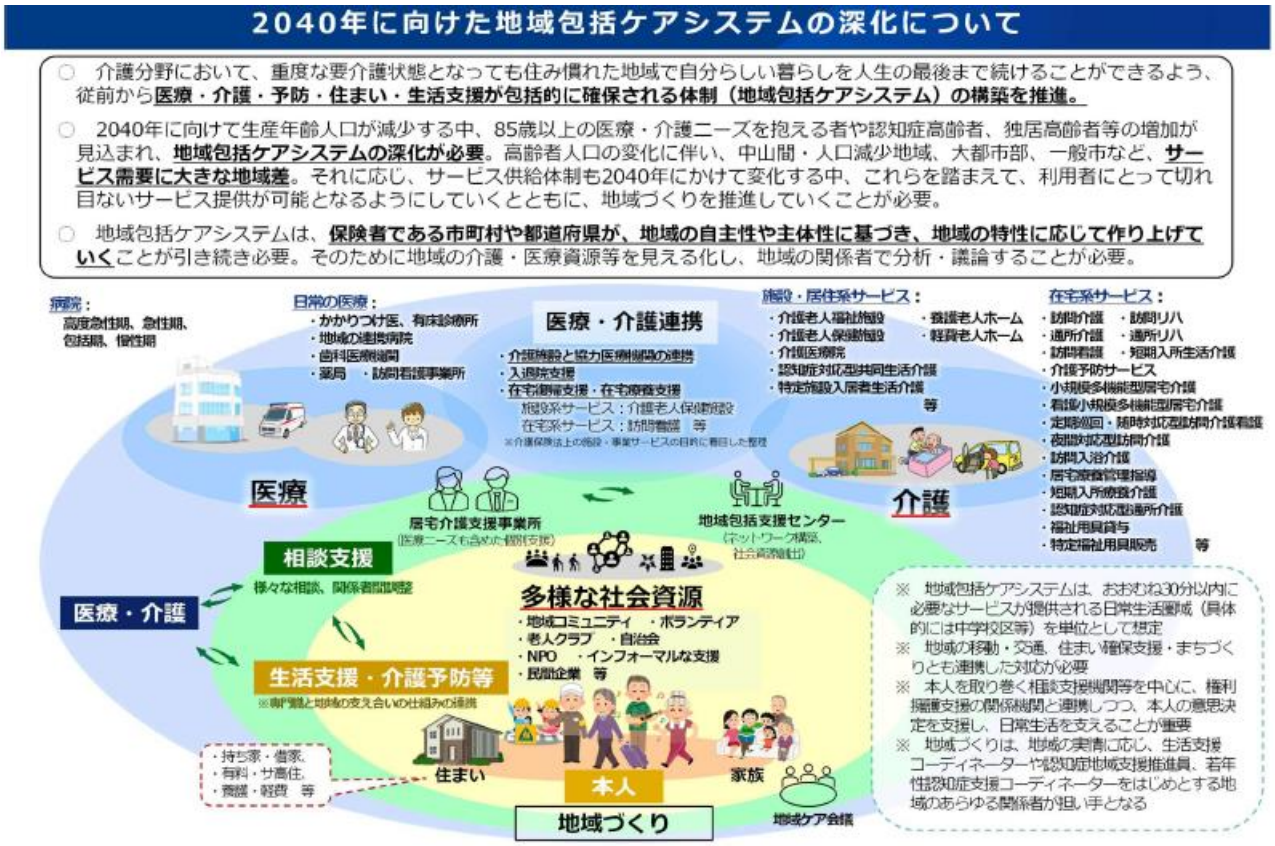
介護保険法第１条では、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を基本としており、高齢者が、可能な限り住み慣れた地域で生活を維持していくためには、生活上の安全・安心・健康を確保するために医療や介護のみならず、様々な生活支援に関するサービスが日常生活の場で適切に提供できるような包括的な支援・サービス体制を構築する必要があります。

令和７（2025）年には、団塊の世代の全てが 75 歳以上の後期高齢者となり、その後も団塊ジュニア世代の全てが 65 歳を迎える令和 22（2040）年に向けて、高齢化は進んでいきます。

国は、この高齢化の状況に対応できるよう、これまでも、地域包括ケアシステムの構築を目指して、介護保険法などの改正を行ってきました。

本町におきましても、本計画の期間内では、本人だけでなく、介護者が抱える負担や複雑化・複合化した課題への対応、相談支援体制の充実を進め、更には介護予防事業や地域コミュニティの醸成等を通じて、地域包括ケアシステムの深化・推進に取り組んでいきます。

■2040年に向けた地域包括ケアシステム深化のイメージ



出典：厚生労働省

１　相談支援体制の充実

地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムにおける中核的な機関として、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等を担っています。

利用者ニーズの多様化により、地域包括支援センターに寄せられる相談も複雑化・複合化しており、解決が困難な事例も増加していることから、地域包括支援センターを核に多職種の連携を図り、相談支援体制の充実を図ります。

高齢化の進展により、認知症高齢者が増えていくことが見込まれており、認知症施策の推進や認知症検診を推進するとともに、高齢者の尊厳の保持の視点に立ち、コミュニケーションや判断能力に困難がある高齢者に対し、人権や財産を守るための権利擁護を推進するほか、介護に対する負担やストレスを軽減するための支援体制を構築します。

また、増加する支援ニーズに対し、地域包括支援センターの相談体制を強化するため、介護予防ケアマネジメントの居宅介護支援事業所による直接実施を推進します。居宅介護支援事業所との適切な役割分担と連携強化を進め、地域全体で要支援者等を支える体制を構築していきます。

（１）地域包括支援センターの運営及び機能強化

概　　要

地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムにおける中核的な機関として、高齢者の状況やその変化から生じる課題を適切に把握し、高齢者が住みなれた地域でいつまでも安心して生活を続けられるための適切なサービスの確保や必要とされる支援を積極的に果たしていく役割を担っています。また、高齢者の増加に伴い、抱える課題の増加も予測されるため、居宅介護支援事業所のケアマネジャーを対象とした研修機会の確保や困難事例に関するバックアップなどが重要となります。

課　　題

介護予防事業や介護予防ケアマネジメントでは、必要とされるサービス提供事業所等の不足により利用調整に時間を要しているほか、要支援者を担当できるケアマネジャーも不足しており、対応に苦慮しています。また、高齢者が抱える問題は複雑化・複合化しており、地域のケアマネジャーに対するバックアップを求められる機会も増加しているうえ、高齢者のみに限定した対応で終わらないケースも増加しています。

少子高齢化の進展により、頼れる身寄りのない高齢者や判断能力が不十分な方などが、地域で安心して生活を続けるよう、日常の金銭管理をはじめとする日常生活支援、入院や入所の手続、入院や入所の手続、亡くなった後の手続など、これまで家庭や親族が担ってきた生活上の課題に対応する仕組みが求められています。

今後の方針

少子高齢化の進展により、頼れる身寄りのない高齢者等への支援について、地域包括支援センター等の過度な業務負担に留意しつつ、これを地域全体の課題として捉えます。関係機関（医療・福祉・権利擁護等）との連携・協議を通じて支援ネットワークや連絡調整の仕組みを整理し、必要な社会資源の活用を図りながら、地域全体で切れ目のない高齢者を支える総合的な相談支援体制の構築を推進します。さらに、地域包括支援センター運営協議会による評価、ＰＤＣＡサイクルの充実等により、センターの継続的な評価・点検を引き続き実施していきます。なお、センターの設置数については、第１号被保険者数からは２つの設置が望ましいことから、支所（ブランチ）とも協議しながら、今後の状況も踏まえ、設置数についても検討していきます。

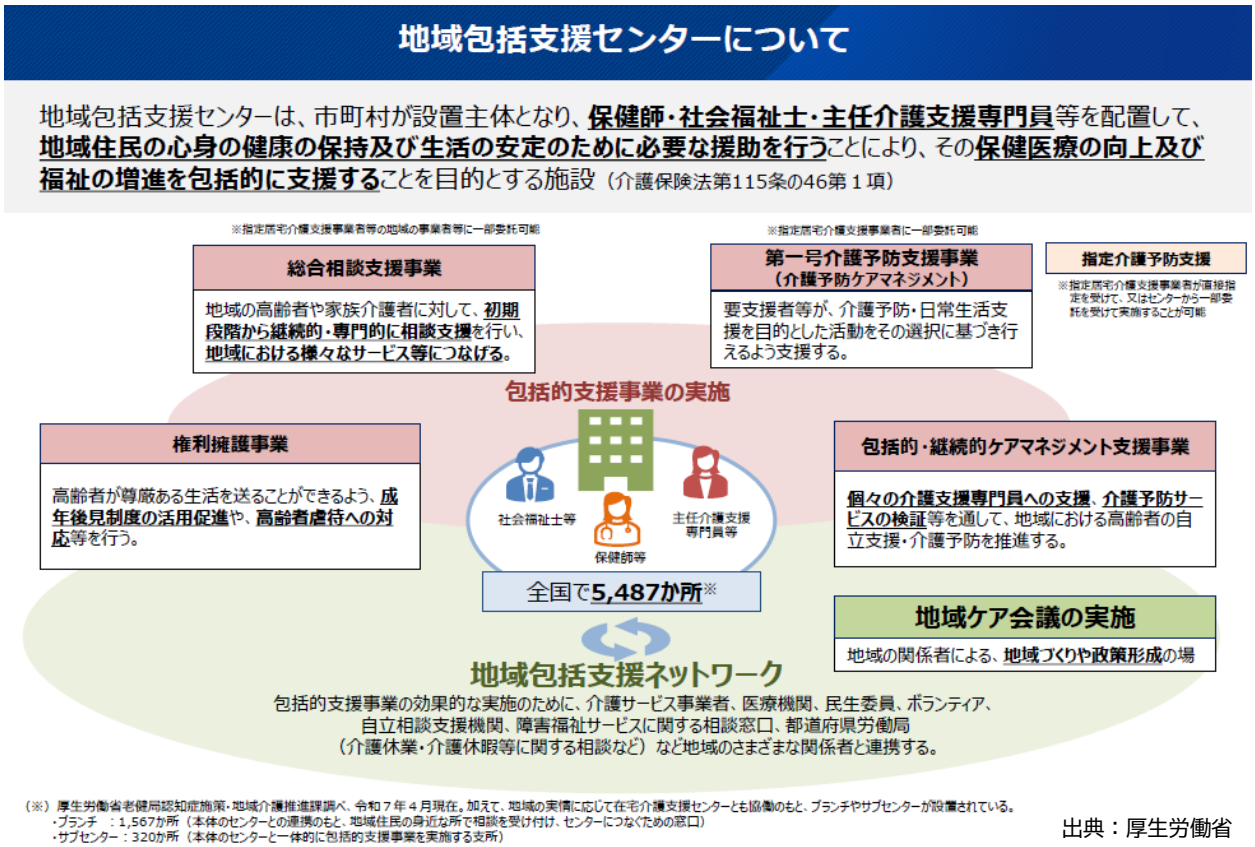
主な実施事業

地域包括支援センター運営協議会による運営管理（運営方針の策定）、計画的な職員研修の受講、総合相談支援事業の実施、ケアラー支援対策、介護支援専門員等研修会

目標値・見込値

		第９期実績値			第 10 期目標値・見込値		
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度
介護支援専門員等研修会の実施回数	（回）	2	2	2	2	2	2
介護支援専門員等研修会の参加者数	（人）	32	39	40	40	40	40
介護予防ケアプランの作成件数	（件）	3,193	3,127	3,160	3,168	3,180	3,192

Ｒ８年度は実績見込み　　出典：高齢者支援課



（※）厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課調べ、令和７年４月現在。加えて、地域の実情に応じて在宅介護支援センターとも協働のもと、ブランチやサブセンターが設置されている。
・ブランチ　：1,567か所（本体のセンターとの連携のもと、地域住民の身近な所で相談を受け付け、センターにつなぐための窓口）
・サブセンター：320か所（本体のセンターと一体的に包括的支援事業を実施する支所）

出典：厚生労働省

（２）地域ケア会議の充実

概　　要

地域包括ケアシステムの実現に向けて行われる会議で、市町村又は地域包括支援センターが実施・主催し、行政職員や各医療機関・高齢者向け施設などで働く看護師・介護職員・コメディカルスタッフといった地域の多様な関係者が出席し、個別ケースや地域課題の解決について検討しています。

課　　題

地域ケア会議で抽出された地域課題の多くは、介護保険制度の利用だけでは解決に至らないことが多くあります。そのため、地域住民の参加により、地域課題について話し合えるよう、地域ケア会議のあり方の見直しを図ります。

今後の方針

生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）が中心となり、地域住民とともに地域課題の解決を図っていきます。

また、頼れる身寄りがいない高齢者等への支援を地域課題として位置づけ、地域ケア会議も活用しながら関係者間で協議し、切れ目のない支援が提供される地域づくりを推進していきます。

主な実施事業

地域ケア個別会議の実施、地域ケア圏域会議の検討、地域ケア推進会議の実施、生活支援体制整備事業との連携

目標値・見込値

		第９期実績値			第 10 期目標値・見込値		
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度
地域ケア個別会議での検討件数	（件）	97	95	105	110	110	110

Ｒ８年度は実績見込み

出典：高齢者支援課

（３）生活支援体制整備事業（再掲　71 ページ参照）

概　　要

協議体の設置や生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）等を通じて、互助を基本とした生活支援等に関するサービスの創出に向けた取組を実施しています。地域住民や各種団体、各種事業所等の関係者など様々な社会資源との連携により、高齢者の日常生活を支える支援体制の充実等を図ります。

主な実施事業

生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置、生活支援体制整備推進協議会の運営

（４）在宅医療・介護連携事業の推進

概　　要

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を一体的に提供することができるように、都道府県又は保健所の支援の下、市町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進します。

また、自宅で最期を迎えたいという高齢者は多いですが、昨年度実施した高齢者実態調査では、「人生の最終段階においてどのように最期を迎えたいか家族や親しい人と話し合ったり、何か準備していることはありますか」の質問に対し、半数以上の人が話し合ったことはないと回答しています。医療・ケアが必要な状態となったときは本人が望む場所・望む形で最善の医療やケアを受けられることが重要です。そこで、国は人生会議（ＡＣＰ）の普及を目指し、各種取組を推進しています。本町でもこれまで、講演会や出前講座の開催、リーフレットの作成・配布を行っています。

課　　題

自宅で最期を迎えたいという高齢者が多い一方、認知機能の低下により理解力・判断力の低下したひとり暮らしの高齢者が、病状説明、生活指導の説明を受ける際の本人の意思決定支援に関する体制が十分でないことや、自宅環境が整っていないにも関わらず退院になるケースもあり、医療と介護の連携にはまだまだ多くの課題があります。

また、元気なうちに人生の最終段階についての意思表示をしておくこと、いわゆる人生会議（ＡＣＰ）の普及についても、引き続き、講演会や出前講座の実施などにより、情報を発信していくことが重要です。

今後の方針

医療と介護の連携を一層深化させ、多職種協働による切れ目のない支援体制を構築します。多職種協働により在宅療養を支える入退院支援や日常の情報の共有化を進め、医療ニーズの高い高齢者が住み慣れた地域で暮らせる環境を整えていきます。

人生会議（ＡＣＰ）の普及についても引き続き進め、慢性期の医療機関に対応する医療・介護提供状況やその課題について関係者間での共有を図ります。

主な実施事業

在宅医療・介護連携推進会議の開催、在宅医療相談支援センターの設置及び地域住民に対する普及啓発、医療・介護関係者への支援、人生会議（ＡＣＰ）普及啓発の実施、かかりつけ医の普及啓発

目標値・見込値

		第９期実績値			第 10 期目標値・見込値		
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度
在宅医療支援センターの相談件数	（件）	127	131	112	115	125	140
在宅医療・介護連携に関する講演会、出前講座等の開催	（件）	2	1	3	5	7	10

Ｒ８年度は実績見込み

出典：高齢者支援課

人生会議（ＡＣＰ）とは？

「人生会議」とはアドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning：ACP）の愛称です。アドバンス・ケア・プランニングとは、本人が大切にしていることや望み、どのような医療やケアを望んでいるかについて自ら考え、家族や信頼する人たちと繰り返し話しあうことを言います。

命の危険が迫った状態になると約70%の人がこれからの医療やケアについて自分で決めたり、人に伝えたりすることができなくなると言われています。

「元気な段階で不謹慎だ」という考えも少なくありませんが、「本人がどのような医療を受けたいか」、「どこで過ごしたいか」、「何を大切にしてどう生きたいか」など、家族や親しい人、医療関係者等と共有し、理解しておくことで、もしものことがあっても、本人の考えや思いをできる限り尊重していくことを目的としています。ただし、本人の置かれる状況は変化していきますので、一度話し合っておけばよいというものではなく、話し合う過程（プロセス）を大切にしていくことが重要となります。

（５）認知症の人や家族に対する支援【再掲】

事業の概要等については、79 ページ「３　認知症の人や家族に対する支援（認知症バリアフリーの推進）」（１）に掲載しています。

（６）福祉サービス利用援助事業（町社会福祉協議会事業）

概　　要

社会福祉法に基づき、判断能力の不十分な高齢者や知的障害・精神障害のある人などが、安心して生活が送れるように、定期的に訪問し、福祉サービスの利用を支援します。

課　　題

利用者の生活様式や抱える問題の複雑化・多様化により、１件あたりの対応時間が長くなっており、生活支援員が不足しています。

今後の方針

事業の適切な周知とともに、新規生活支援員の確保と養成に努め（町社協）、町は利用者の状況に応じた事業の適切な利用を促すとともに、必要に応じて成年後見制度の利用につなげていきます。

２　住まいの安定的な確保

今後、ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯の増加が見込まれており、高齢者本人の希望にかない、安全に安心して暮らせる住まい、住まい方について寄り添い、地域の実情に沿った高齢者の住まいの安定的な確保に向けて取り組んでいきます。

（１）住宅支援

概　　要

介護を受けるようになってからも、できる限り住み慣れた自宅での生活を希望する高齢者が、今後も身体状態の変化に合わせ、自らのニーズに合った住まいの選択が可能となる支援が必要となります。

高齢者世帯や要介護認定者の増加に伴い、特にひとり暮らしの高齢者の施設等への入所意向の割合が高くなることが見込まれます。

要配慮者の住まいと福祉を一体的に支えるため、住宅部局と福祉部局が緊密に連携して認定や支援、地域ネットワークの構築を進めることが不可欠とされています。

課　　題

介護が必要になっても住み慣れた地域での在宅生活を希望する高齢者が多い一方で、在宅生活を支えるための介護サービスや生活支援に関するサービスが十分とは言えません。特に、ひとり暮らしの高齢者は近所づきあいが少なく孤立する傾向にあるため、地域とのつながりの構築に向けた取組が必要です。

今後の方針

地域の需要や医療・介護提供体制との調和を図りながら、適切な高齢者向け住まいの供給と質の確保を促します。住まいと生活支援・医療・介護サービスが一体となった、安心して暮らせる居住環境の整備を推進していきます。

地域での見守り・声かけ体制や、生活支援体制整備事業による在宅生活を支えるサービスの創出などにより、高齢者の孤立を防ぎ、住み慣れた地域での生活を支える体制の充実を図ります。なお、高齢者世帯は入居制限を受けやすいといった問題もあり、都道府県の指定を受けた住宅確保要配慮者居住支援法人による高齢者の民間賃貸住宅等への円滑入居に向けた入居支援との連携を図っていきます。

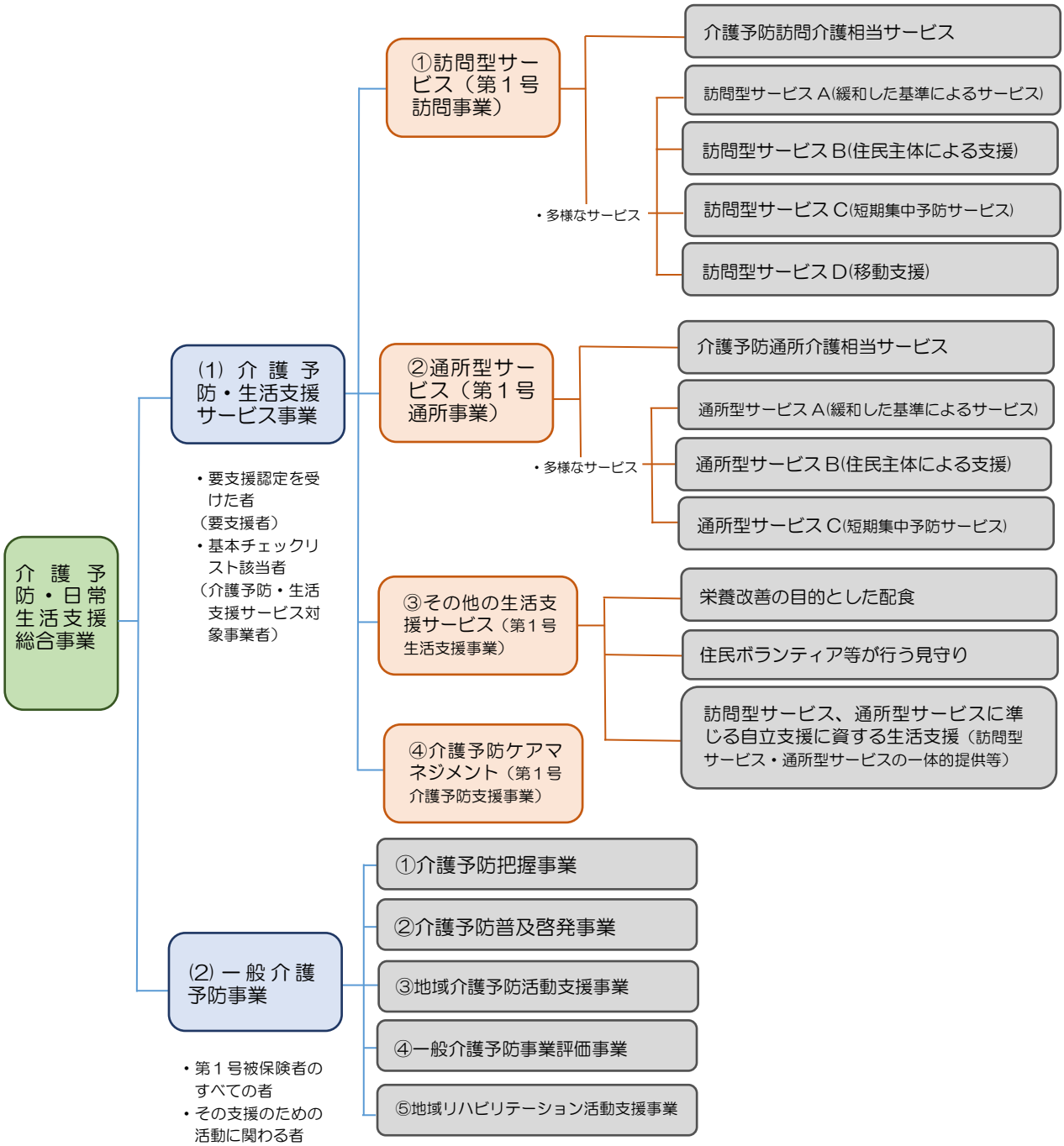
主な実施事業

住宅確保要配慮者居住支援法人との連携、生活支援整備事業の充実、サービス付き高齢者向け住宅（県指定施設）等の紹介

３　介護予防・日常生活支援総合事業の充実

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）は、市町村が行う地域支援事業の一つとして、介護保険の要支援認定者と基本チェックリスト（次ページ参照）で事業対象者と認定された人が利用できる「介護予防・生活支援サービス事業」と 65 歳以上の全ての人が利用できる「一般介護予防事業」で構成されています。

■総合事業　サービス体系図



■基本チェックリスト

No.	質問項目	
1	バスや電車で1人で外出していますか	
2	日用品の買物をしています	
3	預貯金の出し入れをしていますか	
4	友人の家を訪ねていますか	
5	家族や友人の相談にのっていますか	
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	運動
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	
8	15分位続けて歩いていますか	
9	この1年間に転んだことがありますか	
10	転倒に対する不安は大きいですか	
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	栄養
12	身長　　cm　体重　　kg（BMI＝　　）（注）	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	口腔
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	
15	口の渇きが気になりますか	
16	週に1回以上は外出していますか	閉じこもり
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	認知
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	
21	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	うつ
22	（ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	（ここ2週間）以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない	
25	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする	

（注）BMI（＝体重(kg）÷身長(m）÷身長(m））が18.5未満の場合に該当とする。

【基本チェックリストによる判定方法】

質問項目	該当数	判定
No. 1～No. 20までの20項目のうち	10項目以上該当	複数の項目に支障があり
No. 6～No. 10までの5項目のうち	3項目以上該当	運動機能の低下
No. 11、No. 12の2項目のうち	すべて該当	低栄養の状態
No. 13～No. 15までの3項目のうち	2項目以上該当	口腔機能の低下
No. 16、No. 17の2項目のうち	No. 16に該当	閉じこもり
No. 18～No. 20までの3項目のうち	いずれか1項目以上該当	認知機能の低下
No. 21～No. 25までの5項目のうち	2項目以上該当	うつ病の可能性

（１）介護予防・生活支援サービス事業

介護予防・生活支援サービス事業で受けられるサービスは、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の４種類で構成されており、今後は多様なサービスの創造や一般介護予防事業による通いの場の充実など、地域住民との協働による取組を推進していきます。

なお、総合事業の継続利用要介護者については、要介護状態となっても地域で自立した生活が送れるよう支援体制を検討していきます。

① 訪問型サービス（第１号訪問事業）

従前の訪問サービス事業者が提供する訪問介護相当サービス、ホームヘルパー又は生活支援ヘルパーによる生活援助（訪問型サービスＡ）、地域住民やＮＰＯが主体となり、掃除や電球の交換等といった日常生活支援（訪問型サービスＢ）、市町村が主体となり専門職による運動トレーニングや閉じこもり指導等の短期集中予防サービス（訪問型サービスＣ）、移動支援（訪問型サービスＤ）があります。

本町では、令和８（2026）年12月時点で、訪問介護相当サービス、訪問型サービスＢ、訪問型サービスＣを行っています。

目標値・見込値

		第９期実績値			第10期目標値・見込値		
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10年度	R11年度
訪問介護相当サービスの利用件数	（件）	492	455	541	575	560	540
訪問型サービスＢの実利用者数	（人）	7	5	5	7	10	15
訪問型サービスＣの利用人数	（人）	1	1	4	5	5	5

Ｒ８年度は実績見込み　　出典：行政報告書

② 通所型サービス（第１号通所事業）

従前の通所介護サービス事業者が提供する介護予防通所介護（通所介護相当サービス）、緩和した基準により介護サービス事業者やボランティアなどが事業所内で提供する主に高齢者の閉じこもり予防や自立支援に資する運動やレクリエーション活動を通じたミニデイサービス（通所型サービスＡ）、地域住民やＮＰＯが主体となり、介護予防を目的とした体操やレクリエーションが行われる通いの場（通所型サービスＢ）、市町村が主体となり短期集中サービスによる、デイサービスを利用した専門職による運動トレーニングや閉じこもり指導等（通所型サービスＣ）があります。

本町では、通所介護相当サービスを行っています。

目標値・見込値

		第９期実績値			第 10 期目標値・見込値		
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度
通所介護相当サービスの利用件数	（件）	1,309	1,244	1,400	**1,420**	**1,405**	**1,390**

Ｒ８年度は実績見込み　　出典：行政報告書

③ その他の生活支援サービス（第１号生活支援事業）

その他の生活支援サービスでは、栄養改善や見守りを兼ねた配食サービス、住民ボランティア等による見守りサービスなどがあります。

④ 介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）

概　　要

総合事業の利用者の状況に合わせた適切なサービスを提供するために、地域包括支援センターが介護予防ケアプランを作成し、ケアマネジメントを行います。運動機能の低下や低栄養状態、口腔機能といった介護予防に関する 25 項目の質問（基本チェックリスト・93 ページに掲載）により、介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の対象者を適切に把握し、対象者に沿った介護予防ケアプランの作成を行い、自立のための身体的・精神的・社会的機能の維持向上を図ります。

課　　題

地域の社会資源の不足から、対象者にあったケアプランが立てにくい点が課題となっています。また、地域包括支援センターのケアマネジャー１人当たりの担当数が多いため、今後増え続ける対象者への対応が困難となるおそれがあります。

ケアマネジメント業務の一部は居宅介護支援事業所への委託が可能ですが、居宅介護支援事業所もマンパワーの問題から受託が困難な状況にあります。

今後の方針

利用者が主体となって介護予防に取り組めるよう、地域ケア会議や生活支援体制整備事業との連携により、地域の社会資源の創造を進め、多様なサービスを取り入れた介護予防ケアプランの充実に努めます。

また、増え続ける対象者については、居宅介護支援事業所の状況に応じて、可能なものについては、委託を検討していきます。

目標値・見込値

		第９期実績値			第 10 期目標値・見込値		
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度
介護予防ケアプランの作成件数	（件）	3,193	3,127	3,160	**3,168**	**3,180**	**3,192**

Ｒ８年度は実績見込み　　出典：高齢者支援課

（２）一般介護予防事業

すべての高齢者が利用できる「一般介護予防事業」は、①介護予防把握事業、②介護予防普及啓発事業、③地域介護予防活動支援事業、④一般介護予防事業評価事業、⑤地域リハビリテーション活動支援事業の５事業で構成されています。

① 介護予防把握事業

介護予防把握事業は、高齢者の健康状態や日常生活における困難なことや精神状態などを把握して、支援の必要性を判断する事業です。介護予防の必要性がある場合は地域包括支援センターの職員が総合事業への参加を促します。

② 介護予防普及啓発事業

介護予防普及啓発事業では、介護予防に関するパンフレットの作成・配布、講演会・相談会及び介護予防教室の開催、介護予防事業実施の記録を管理するための媒体の配布等、介護予防を目的とした普及・啓発活動が行われています。

③ 地域介護予防活動支援事業

概　　要

要支援・要介護状態になる前からの介護予防を目的に、地域住民等が主体となり、介護が必要とは思わないが気力や体力の衰えを感じている、これからも元気で暮らしたいと考えている高齢者を対象に、介護予防のための運動や趣味活動などに取り組む「通いの場」づくりを地域包括支援センターが中心となり支援しています。人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを目指します。

本町では、平成 26 年度からスタートした「ゆずっこ元気体操」を行政区を単位とし、それぞれの地区の特性に合わせ工夫を凝らしながら住民主体の取組を実施しています。なお、ゆずっこ元気体操の会場では、体操だけでなく、専門職等の派遣による栄養や口腔に関する講座、認知症サポーター養成講座などの出前講座も併せて実施するなど、内容の充実を図り、マンネリ化の防止に努めていきます。

課　　題

働く高齢者の増加等により、体操をサポートする介護予防サポーター（ゆずフィット）の担い手、後継者が不足しており、体操の継続が困難な地区も出ています。また、交通手段がないため、体操への参加が難しいことも課題となっています。

今後の方針

加齢とともに、体操に参加することが難しくなっても、通い続けることができる「通いの場」づくりを地区とともに検討していきます。

また、介護予防サポーター養成講座の受講者を増やし、ゆずフィットが不在の地区でも体操を実施できる環境づくりを目指していきます。

主な実施事業

継続して通える通いの場の創出、ゆずっこ元気体操の支援（ゆずフィットの養成）、いきいきシニア講座の開催、リハビリ専門職との連携による介護予防事業

目標値・見込値

		第９期実績値			第 10 期目標値・見込値			中長期
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
ゆずっこ元気体操の活動団体数	（箇所）	44	46	47	48	48	48	48
ゆずっこ元気体操の参加者数	（人）	770	791	800	810	820	830	830
介護予防サポーター（ゆずフィット）養成者数	（人）	3	9	6	15	15	15	15
毎日の生活に満足している方の割合※	（%）	92.9	92.3	93.0	93.3	93.6	93.9	94.0

Ｒ８年度は実績見込み　　出典：行政報告書
※ゆずっこ元気体操出前講座時の質問票より

④ 一般介護予防事業評価事業

一般介護事業の実施プロセスや事業の効果を評価し、高齢者や地域のニーズを把握するとともに一般介護予防事業の見直し、改善を図る事業です。

⑤ 地域リハビリテーション活動支援事業

介護予防事業にリハビリテーション専門職が加わり、日常生活に支障がある高齢者に対して、適切なプログラムの提案や自立支援に向けた取組を行う事業です。

【通いの場について】

通いの場は、住民主体の介護予防を推進する場だけでなく、支え合い機能や多世代交流の場としての役割も担っており、今後も、高齢者の増加は見込まれる中、健康寿命を延伸するために、更なる介護予防の取組が引き続き重要になります。

また、高齢者にとって日常生活に不可欠なサービスの維持や地域コミュニティの強化とあわせて地域の抱える課題にも対応していくため、地域の実情を踏まえつつ、介護予防だけでなく、こどもの福祉や障害福祉といった分野を超えた連携を図ることが重要となっています。

将来を見据えた地域の拠点として、高齢者の介護予防、地域子育て支援拠点、障害者支援等の多機能の拠点と連携することが求められています。

第５章　介護保険事業の運営

平均寿命の延伸により、本町では令和４(2022)年に後期高齢者数が前期高齢者数を上回り、さらには令和７（2025）年に団塊の世代の全てが 75 歳以上となり、今後は要介護認定者数が大きく増加することが見込まれています。

また、団塊ジュニア世代の全てが 65 歳以上となる令和 22（2040）年に向け、現役世代の大幅な減少が予測されていることに伴い、介護に携わる人材の慢性的な不足が懸念されており、安定した介護サービスの提供に影響が生じることも考えられます。

そのため、高齢者が要介護状態となっても、住み慣れた地域で、引き続き在宅生活が送れるよう在宅サービスの充実を図りつつ、ひとり暮らし等の理由で、在宅生活が困難となり、施設入所を必要とする人が自宅待機することのないよう、また、家族介護者が介護離職とならないよう、介護サービスの需要量と供給量を適切に把握し、切れ目なく介護サービスが利用できるよう提供体制の充実・整備を行っていきます。

さらに、令和 22（2040）年を見据え、人口減少や中山間地域等の特性に配慮した持続可能なサービス提供体制の構築、小規模事業所の支援や多様な生活支援との連携を進め、地域の実情に応じた柔軟な基盤整備を推進していきます。

１　介護保険運営の安定化

地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことを公的に支える仕組みである、介護保険事業の運営の安定化を図ります。

（１）情報提供体制の充実

概　　要

高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくためには、必要なサービスを必要なタイミングで受けることが可能となるよう、きめ細やかな情報提供を行います。

課　　題

介護保険制度の仕組み、サービス利用の手続き、介護保険料等について、町ホームページや広報紙への掲載のほか、「利用の手引き」冊子の作成など広く周知を行っていますが、情報化社会が伸展する中で、高齢者が取り残されないよう、また、不自由を感じることがないよう、情報提供や周知の方法について工夫が必要となります。

今後の方針

情報提供方法の現状における課題の把握に努め、デジタル機器に慣れ親しんでいける機会をつくり、情報化社会に対応した情報提供体制を進めていきます。

なお、一般介護予防事業等などの高齢者が集う場等での情報提供・周知にも努めていきます。

（２）介護サービスの質の確保と向上

概　　要

事業者等が主体的に資質向上に向けた取組を行えるようサポートしていきます。

課　　題

今後、要介護認定者数が増加していく中、より一層、介護サービスの質の確保と向上に取り組む必要があります。

今後の方針

利用者の状態やケアの内容をデータ化し、国のシステム（LIFE）に集約して分析・フィードバックを受ける仕組みを活用し、勘や経験だけに頼るのではなく、データ分析に基づく効果的な自立支援・重度化防止ケアを計画に反映させます。

また、運営指導や地域密着型サービス運営委員会及び地域包括支援センター運営協議会を通じ、サービスの質の確保・事業評価を進めていきます。

主な実施事業

介護サービス事業者等に対する運営指導の実施・連携強化、集団指導

介護保険運営審議会（地域密着型サービス運営委員会・地域包括支援センター運営協議会）による審議

（３）ケアプランの質の向上

概　　要

居宅介護支援事業所から提出されるケアプランについて、職員によるケアプラン内容の点検や医療情報との突合・縦覧点検を実施。第三者が点検を行うことで利用者が必要とするサービスを確保するとともに、その状態に適していないサービス提供を改善するものです。

課　　題

第８期計画期間においてもケアプラン点検、医療情報との突合・縦覧点検を実施しましたが、事業所に出向いての訪問調査や指導が十分とは言えません。

そのため、点検方法について検討し、より効果的な点検となるよう努めていきます。

今後の方針

介護給付適正化事業におけるケアプラン点検、集団指導、国保連と連携した点検

（４）介護人材の確保、生産性向上、経営改善支援

概　　要

今後更なる高齢化が見込まれる中、介護を担う人材の不足が慢性的な問題となっているため、介護人材の総合的な確保・定着・育成を図りつつ、事業所の生産性向上、経営改善支援を進めます。

課　　題

今後、ますます複雑化・多様化するニーズに対応するため、介護人材の育成・確保を図っていくことや、介護現場で働き続けることができる環境整備について支援していく必要があります。
また、ケアマネジャー（介護支援専門員）の不足はサービス利用に大きな影響を及ぼすことから、町内各事業所の状況把握等に努めます。

今後の方針

介護人材の確保・定着に向けた支援に加え、埼玉県の介護のみらいサポートセンターや介護テクノロジー導入等の補助メニューを通じた ICT やロボットの導入推進による業務効率化と生産性向上の取組を支援します。あわせて事業所の経営基盤強化や経営改善に向けた助言、処遇改善加算取得事業所の増加など各種補助等情報提供に努めていきます。

主な実施事業

埼玉県介護人材確保総合推進事業、介護みらいサポートセンターの紹介等

（５）新興感染症対策に係る体制の整備

概　　要

医師会・医療機関・介護サービス事業者等との連携を図り、感染症発生時に備えた平時からの事前準備として、介護サービス事業所等が感染症発生時の代替サービスの確保に向けた連携体制の構築、感染症発生時においてもサービスを継続するための備えが講じられているか、職員の感染症に対する研修の実施、適切な感染防護具、消毒液その他の感染症対策に必要な物資の備蓄・調達・輸送体制を整備の確認や、感染拡大防止策の周知啓発など、国・県・近隣の市町村等とも連携を図りながら体制の整備や対策を行います。

今後の方針

「毛呂山町地域防災計画」並びに「毛呂山町新型インフルエンザ等対策行動計画」に基づき、関係部局等との連携を図りながら体制の整備に努めます。
また、地域包括支援センターをはじめ、介護サービス事業所などにおける感染症への備えを促進する観点から、国や県と連携し、所管する介護サービス事業所などに対して業務継続計画（BCP）の内容を確認していきます。

（６）災害に対する備えの推進

概　　要

介護施設等の防災・減災対策の重要性に対し、体制の整備や対策を行います。

今後の方針

災害時における介護サービスの継続や要支援者の安全確保に向け、介護事業所等の BCP 策定・訓練を支援します。また、地域防災計画等と連携し、地域包括支援センターや関係機関との協働による平時からの体制づくりを推進します。

２　介護給付適正化と円滑な事業運営

介護保険制度を健全に運営し、信頼度を高めていくには、介護サービスを必要とする利用者を適切に認定し、利用者が必要とするサービスを事業者が適切に提供するように促すことが重要です。

国が示した「介護給付適正化計画」に関する指針をもとに、①「要介護認定の適正化」②「ケアプラン点検」③「縦覧点検・医療情報との突合」の３事業において実施内容の充実を図ります。

事業の実績

	第９期における実績	
	実施方法	Ｒ８年度実績（見込み）
①要介護認定の適正化	●職員による点検	100%
②ケアプランの点検	●居宅介護支援事業所からのケアプラン提出による点検等	160 件
③縦覧点検・医療情報との突合	●国保連委託により実施	毎月確認

※②については、「住宅改修等の点検、福祉用具購入・貸与調査」を含みます。

出典：高齢者支援課

今後の計画

	実施方法	第 10 期見込量		
		Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度
①要介護認定の適正化	●職員による点検	100%	100%	100%
②ケアプランの点検	●居宅介護支援事業所からのケアプラン提出による点検等	180 件	195 件	210 件
③縦覧点検・医療情報との突合	●国保連委託により実施	毎月確認	毎月確認	毎月確認

※②については、「住宅改修等の点検、福祉用具購入・貸与調査」を含みます。

３　介護サービスの充実

平均寿命の延伸により、本町では、令和４（2022）年に後期高齢者数が前期高齢者数を上回り、今後も増加する見通しとなっており、要介護認定者数も増加することが見込まれています。

介護が必要な状態となった高齢者やその家族等が、介護のために離職することなく必要とするサービスを適切に利用できるよう、介護サービスの充実を図るとともに、サービスの質の向上に取り組みます。

（１）居宅サービス

① 訪問介護

概　　要

訪問介護員（ホームヘルパー）が要介護認定を受けた高齢者の自宅を訪問し、入浴、排せつ、食事等の身体介護や掃除、洗濯、買い物等の生活援助を行うサービスです。

今後の方針

利用実績が増加傾向にあるため、第 10 期計画期間においても、利用増を見込みます。引き続き、適切なサービス提供が可能となるよう、サービス提供体制の確保に努めます。

② 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

概　　要

要支援又は要介護認定を受けた高齢者の自宅を入浴車で訪問し、入浴サービスを提供するものです。

今後の方針

利用実績が増加傾向にあるため、第 10 期計画期間においても、引き続き適切なサービス提供が可能となるよう、サービス提供体制の確保に努めます。

③ 訪問看護・介護予防訪問看護

概　　要

通院が困難な要支援又は要介護認定を受けた高齢者に対して、かかりつけ医の指示により、看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等が自宅を訪問し、療養上の支援や必要な診療の補助を行うサービスです。

今後の方針

利用実績が増加傾向にあるため、第 10 期計画期間においても、引き続き適切なサービス提供が可能となるよう、サービス提供体制の確保に努めます。

④ 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

概　　要

通院が困難な要支援又は要介護認定を受けた高齢者に対して、かかりつけ医の指示により、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が自宅を訪問して、心身の機能の維持・回復、理学療法等のリハビリテーションを行うサービスです。

今後の方針

介護給付サービスの利用実績は横ばいで推移していますが、地域包括ケアシステムの推進に伴い、在宅生活を送る高齢者の増加が予測されることから、第 10 期計画期間においては、引き続き適切なサービス提供が可能となるよう、第９期計画期間における実績と同程度のサービス利用を見込んでいます。

⑤ 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

概　　要

通院が困難な要支援又は要介護認定を受けた高齢者に対して、かかりつけ医の指示により、看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等が自宅を訪問し、療養上の支援や必要な診療の補助を行うサービスです。

今後の方針

訪問看護、訪問介護、医師の往診（訪問診療）などとの兼ね合いがあるため、サービス提供事業者との調整を図りながら、在宅医療介護連携を推進する観点からも重要なサービスであるため、第９期計画期間より利用が増えることを見込んでいます。

⑥ 通所介護

概　　要

要介護認定を受けた高齢者に対して、デイサービスセンターにおいて入浴、食事の提供など、日常生活の支援や機能訓練を日帰りで行うサービスです。

今後の方針

利用実績が増加傾向にあるため、第 10 期計画期間においても、利用増を見込みます。引き続き、適切なサービス提供が可能となるよう、サービス提供体制の確保に努めます。

⑦ 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション

概　　要

要支援又は要介護認定を受けた高齢者に対して、介護老人保健施設・医療機関等でかかりつけ医の指示により、理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーションを行うサービスです。

今後の方針

利用実績が増加傾向にあるため、第 10 期計画期間においても、利用増を見込みます。引き続き、適切なサービス提供が可能となるよう、サービス提供体制の確保に努めます。

⑧ 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

概　　要

要支援又は要介護認定を受けた高齢者が介護老人福祉施設等に短期間入所（ショートステイ）して、入浴、排せつ、食事等の介護や機能訓練を受けるサービスです。

今後の方針

第９期計画期間中の利用実績の伸びを踏まえ、介護給付は利用増、予防給付は同程度での利用を見込みます。

在宅介護を推進するうえで、家族介護者による在宅介護負担を軽減する効果も大きいことから、必要なサービス量の確保を図ります。また、緊急時に利用するケースも多いことから、早急にサービス利用ができる体制整備を検討していきます。

⑨ 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護

概　　要

要支援又は要介護認定を受けた高齢者が介護老人保健施設や病院、介護医療院等に短期間入所（医療型ショートステイ）して、医学的管理の下で医療、看護、介護及び機能訓練を受けるサービスです。

今後の方針

第９期計画期間中の利用実績の伸びを踏まえ、介護給付は利用増、予防給付は同程度での利用を見込みます。在宅介護を推進するうえで、家族介護者による在宅介護負担を軽減する効果も大きいことから、必要なサービス量の確保を図ります。また、緊急時に利用するケースも多いことから、早急にサービス利用ができる体制整備を検討していきます。

⑩ 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

概　　要

心身の機能が低下し、在宅で日常生活を営むことに支障がある要支援又は要介護認定を受けた高齢者に対して、日常生活上の便宜を図るための用具及び機能訓練等の用具を貸与するサービスです。

今後の方針

第９期計画期間中の利用実績の伸びを踏まえ、第 10 期計画期間中では利用増で見込みます。高齢者の自立した生活を支援し、在宅生活を可能な限り継続するためにも重要なサービスであるため、全国の平均貸与価格を利用者に説明するよう事業者に周知し、軽度者への貸与については、理由書を確認する等、適切な給付を行っていきます。

⑪ 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売

概　　要

在宅で日常生活を営む要支援又は要介護認定を受けた高齢者が、入浴又は排せつに使用する福祉用具を購入したときに、購入費を給付するサービスです。

今後の方針

高齢者の自立した生活を支援し、在宅生活を可能な限り継続するためにも重要なサービスであるため、給付にあたっては、調査票等により利用者の状況の確認を行い、適切な給付を行っていきます。

⑫ 住宅改修・介護予防住宅改修

概　　要

在宅で日常生活を営む要支援又は要介護認定を受けた高齢者に対して、手すりの取付けや段差解消等の住宅改修に要する費用のうち 20 万円を限度として給付するサービスです。

今後の方針

利用者が可能な限り住み慣れた自宅で生活ができるよう、第９期計画期間中の利用実績を踏まえた提供量を確保します。

給付にあたっては、複数業者からの見積徴収を促し、事前確認による改修箇所の確認により、改修の必要性等を考慮したうえで、適切な給付を行って行きます。

⑬ 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

概　　要

有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等に入居している要支援又は要介護認定を受けた高齢者に対して、入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の支援、機能訓練及び療養上の支援を行うサービスです。

今後の方針

第９期計画期間中の利用実績を踏まえた提供量を確保します。今後もサービスのニーズ把握を的確に行うとともに、高齢者の住まいの多様化に対応するため、サービスの周知を行います。

⑭ 居宅介護支援・介護予防支援

概　　要

要支援又は要介護認定を受けた高齢者の依頼を受けて介護支援専門員（ケアマネジャー）がケアプランを作成するとともに、在宅サービスの提供が確保されるよう、サービス事業者等の連絡調整を行うサービスです。

今後の方針

第９期計画期間中の利用実績の伸びを踏まえ、第 10 期計画期間中では利用増で見込みます。今後もサービス提供事業所との連携強化を図るとともに、集団指導や研修会の実施により、資質向上に努めます。また、支援困難事例の相談や情報交換を密に行い、更なる協力体制の構築に努めていきます。

介護サービス利用者の増加に伴い、ケアマネジャーの不足が懸念されることから、サービス利用に支障が生じないよう、居宅介護支援事業所の状況把握に努め、必要な支援の実施に努めていきます。

◇介護サービス見込量

		第９期実績値			第 10 期見込量			中長期
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
①訪問介護	給付費（千円）	163,230	203,287					
	回数（回/月）							
	人数（人/月）							
②訪問入浴介護	給付費（千円）	20,013	16,551					
	回数（回/月）							
	人数（人/月）							
③訪問看護	給付費（千円）	96,437	105,567					
	回数（回/月）							
	人数（人/月）							
④訪問リハビリテーション	給付費（千円）	81,906	8,454					
	回数（回/月）							
	人数（人/月）							
⑤居宅療養管理指導	給付費（千円）	52,227	57,399					
	人数（人/月）							
⑥通所介護	給付費（千円）	357,159	375,757					
	回数（回/月）							
	人数（人/月）							

		第９期実績値			第 10 期見込量			中長期
		R６年度	R７年度	R８年度	R９年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
⑦通所リハビリテーション	給付費（千円）	81,906	90,064					
	回数（回/月）							
	人数（人/月）							
⑧短期入所生活介護	給付費（千円）	37,147	34,418					
	回数（回/月）							
	人数（人/月）							
⑨短期入所療養介護（老健）	給付費（千円）	22,624	20,073					
	回数（回/月）							
	人数（人/月）							
⑨短期入所療養介護（病院等）	給付費（千円）	0	0					
	回数（回/月）	0	0					
	人数（人/月）	0	0					
⑨短期入所療養介護（介護医療院）	給付費（千円）	0	0					
	回数（回/月）	0	0					
	人数（人/月）	0	0					
⑩福祉用具貸与	給付費（千円）	91,448	99,801					
	人数（人/月）							
⑪特定福祉用具購入費	給付費（千円）	3,325	3,097					
	人数（人/月）							
⑫住宅改修費	給付費（千円）	5,109	5,256					
	人数（人/月）							
⑬特定施設入居者生活介護	給付費（千円）	243,175	273,598					
	人数（人/月）							
⑭居宅介護支援	給付費（千円）	149,884	160,736					
	人数（人/月）							
給付費合計（千円）		**1,405,590**	**1,454,058**					

■令和８年度は実績見込み
■給付費については各項目毎に 100 円単位で四捨五入しているため、合計値と完全一致しません。
■回数および人数については小数点第２位を四捨五入しています

◇介護予防サービス見込量

		第９期実績値			第 10 期見込量			中長期
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
②介護予防 訪問入浴介護	給付費 （千円）	0	0					
	回数 （回/月）	0	0					
	人数 （人/月）	0	0					
③介護予防 訪問看護	給付費 （千円）	14,604	13,177					
	回数 （回/月）							
	人数 （人/月）							
④介護予防訪問リハビリテーション	給付費 （千円）	880	774					
	回数 （回/月）							
	人数 （人/月）							
⑤介護予防 居宅療養管理指導	給付費 （千円）	3.420	2,491					
	人数 （人/月）							
⑦介護予防 通所リハビリテーション	給付費 （千円）	17.878	17,309					
	人数 （人/月）							
⑧介護予防 短期入所生活介護	給付費 （千円）	191	91					
	回数 （回/月）							
	人数 （人/月）							
⑨介護予防 短期入所療養介護 （老健）	給付費 （千円）	58	0					
	回数 （回/月）		0					
	人数 （人/月）		0					
⑨介護予防 短期入所療養介護 （病院等）	給付費 （千円）	0	0					
	回数 （回/月）	0	0					
	人数 （人/月）	0	0					
⑨介護予防 短期入所療養介護 （介護医療院）	給付費 （千円）	0	0					
	回数 （回/月）	0	0					
	人数 （人/月）	0	0					
⑩介護予防 福祉用具貸与	給付費 （千円）	10,456	11,242					
	人数 （人/月）							
⑪特定介護予防 福祉用具購入費	給付費 （千円）	1,100	618					
	人数 （人/月）							
⑫介護予防 住宅改修	給付費 （千円）	1,810	3,126					
	人数 （人/月）							

		第９期実績値			第 10 期見込量			中長期
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
⑬介護予防 特定施設入居者 生活介護	給付費 （千円）	9,065	6,966					
	人数 （人/月）							
⑭介護予防支援	給付費 （千円）	10,519	10,055					
	人数 （人/月）							
給付費合計（千円）		**69,981**	**65,849**					

■令和８年度は実績見込み
■給付費については各項目毎に 100 円単位で四捨五入しているため、合計値と完全一致しません。
■回数および人数については小数点第２位を四捨五入しています。

（２）地域密着型サービス

※下線の項目は令和９（2027）年３月時点で本町が実施しているサービスです。

地域密着型サービスの重要性について地域住民や医療機関等への周知を図り、計画的な整備を推進します。あわせて、隣接市町との連携を深め、広域的なサービス活用の促進を検討し、住み慣れた地域での暮らしを支えます。

① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

概　　要

日中・夜間（24 時間）を通じて訪問介護と訪問看護が一体的に、又は密接に連携しながら、要介護認定を受けた高齢者に対し、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行うサービスです。医療と介護が連携し、在宅生活の支援を行うものです。

今後の方針

第９期計画期間中の利用実績を踏まえた提供量を確保します。
サービスのニーズ把握に努め、必要に応じ事業者の参入促進等について検討していきます。

② 夜間対応型訪問介護

概　　要

令和８年介護保険法の改正により、夜間対応型訪問介護は令和８年度末で制度上廃止され、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」へ統合される。ただし、既存の利用者や事業所への影響に配慮し、令和 11 年度末までは経過措置（第 10 期計画期間中）として従来のサービス提供が認められる。

③ 地域密着型通所介護

概　　要

要介護認定を受けた高齢者に対して、定員 18 人以下の小規模なデイサービスセンターにおいて、入浴、食事の提供など、日常生活の支援や機能訓練を日帰りで行うサービスです。

今後の方針

第９期計画期間中の利用実績を踏まえた提供量を確保します。
サービスのニーズ把握に努め、必要に応じ事業者の参入促進等について検討していきます。

④ 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

概　　要

認知症の診断があり、要支援・要介護の認定を受けた高齢者に対して、デイサービスセンターで入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の支援及び機能訓練等を行うサービスです。

今後の方針

第９期計画期間中の利用実績を踏まえた提供量を確保します。介護度が中重度の人でも住み慣れた地域で生活を続けるには効果的なサービスであることから、サービスのニーズ把握及び必要なサービス量の確保に努め、必要に応じて事業者の参入促進等について検討していきます。

⑤ 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

概　　要

要支援・要介護の認定を受けた高齢者の心身の状況や希望に応じて、通い・訪問・泊まりを組み合わせて、入浴、排せつ、食事等の介護や機能訓練等を柔軟に行うサービスです。

今後の方針

第９期計画期間中の利用実績を踏まえた提供量を確保します。介護度が中重度の人でも住み慣れた地域で生活を続けるには効果的なサービスであることから、サービスのニーズ把握及び必要なサービス量の確保に努め、必要に応じて事業者の参入促進等について検討していきます。

⑥ 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

概　　要

認知症の診断があり、要支援２及び要介護認定を受けた高齢者がグループホームにおいて、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、介護スタッフとともに共同生活を行い、食事、入浴、排せつ等の日常生活の支援や機能訓練を受けるサービスです。

今後の方針

第９期計画期間中の利用実績を踏まえた提供量を確保します。
事業者の運営状況やサービス提供体制の確認を行うとともに、サービスのニーズの把握に努め、必要なサービス量の確保に努めます。
高齢化の進展に伴い、利用ニーズが高まることが予測されるため、定期的に入所待機者の状況確認を行い、施設整備の必要性を検討したうえで事業者の参入促進等について検討していきます。

⑦ 地域密着型特定施設入居者生活介護

概　　要

要介護認定を受けた高齢者に対して、定員 29 人以下の介護付有料老人ホーム等で、入浴・排せつ・食事等の介護、その他必要な日常生活上の支援を行うサービスです。

今後の方針

第 10 期計画期間中においてもサービス利用は見込んでおらず、施設整備は予定しておりません。

⑧ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

概　　要

原則として要介護３以上の認定を受けた高齢者に対して、定員 29 人以下の介護老人福祉施設において、日常生活上の支援や機能訓練、健康管理、療養上の支援を行うサービスです。

今後の方針

第 10 期計画期間中においてもサービス利用は見込んでおらず、施設整備は予定しておりません。

⑨ 看護小規模多機能型居宅介護

概　　要

要介護認定を受けた高齢者に対して、小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせてサービスを提供するものです。医療ニーズの高い比較的重度の人を対象としたサービスです。

今後の方針

第 10 期計画期間中では利用量を見込んでおりませんが、今後も利用ニーズの把握に努めていきます。

◇介護サービス見込量

		第９期実績値			第 10 期見込量			中長期
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
①定期巡回・随時対応型訪問介護看護	給付費（千円）	7,432	13,672					
	人数（人/月）							
②夜間対応型訪問介護	給付費（千円）	0	0					
	人数（人/月）	0	0					
③地域密着型通所介護	給付費（千円）	38,980	43,761					
	回数（回/月）							
	人数（人/月）							
④認知症対応型通所介護	給付費（千円）	28,793	30,189					
	回数（回/月）							
	人数（人/月）							

		第９期実績値			第 10 期見込量			中長期
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	Ｒ10 年度	Ｒ11 年度	Ｒ22 年度
⑤小規模多機能型居宅介護	給付費（千円）	57,602	59,690					
	人数（人/月）							
⑥認知症対応型共同生活介護	給付費（千円）	159,219	164,796					
	人数（人/月）							
⑦地域密着型特定施設入居者生活介護	給付費（千円）	0	0					
	人数（人/月）	0	0					
⑧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）	0	0					
	人数（人/月）	0	0					
⑨看護小規模多機能型居宅介護	給付費（千円）	0	0					
	人数（人/月）	0	0					
給付費合計（千円）		**292,026**	**312,108**					

■令和８年度は実績見込み
■給付費については各項目毎に 100 円単位で四捨五入しているため、合計値と完全一致しません。
■回数および人数については小数点第２位を四捨五入しています。

◇介護予防サービス見込量

		第９期実績値			第 10 期見込量			中長期
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	Ｒ10 年度	Ｒ11 年度	Ｒ22 年度
④介護予防認知症対応型通所介護	給付費（千円）	630	222					
	回数（回/月）							
	人数（人/月）							
⑤介護予防小規模多機能型居宅介護	給付費（千円）	883	669					
	人数（人/月）							
⑥介護予防認知症対応型共同生活介護	給付費（千円）	2,942	2,956					
	人数（人/月）							
給付費合計（千円）		**4,455**	**3,847**					

■令和８年度は実績見込み
■給付費については各項目毎に 100 円単位で四捨五入しているため、合計値と完全一致しません。
■回数および人数については小数点第２位を四捨五入しています。

（３）施設サービス

① 介護老人福祉施設

概　　要

常に介護が必要で、在宅での介護が困難な原則として要介護３以上の認定を受けた高齢者に対して、介護老人福祉施設において、入浴、排せつ、食事等の日常生活上の支援、健康管理、療養上の支援及び機能訓練等の支援を行うサービスです。

今後の方針

第９期計画期間中の利用実績の伸びを踏まえ、第 10 期計画期間中では利用増で見込みます。引き続きサービスのニーズ把握に努め、必要なサービス量の確保に努めます。

② 介護老人保健施設

概　　要

要介護認定を受けた高齢者が入院後、症状が安定して入院治療の必要がなくなった際に、自宅での生活に戻ることができるようにするため、介護老人保健施設において医学的管理下で介護、機能訓練、医療等、日常生活の支援を行うサービスです。

今後の方針

第９期計画期間中の利用実績の伸びを踏まえ、第 10 期計画期間中は同程度の利用を見込みます。引き続きサービスのニーズ把握に努め、必要なサービス量の確保に努めます。

③ 介護療養型医療施設

概　　要

介護療養型医療施設は令和５年度末までのサービスであり、介護医療院等に移行となります。（月遅れ請求を除く）

④ 介護医療院

概　　要

要介護認定を受けた高齢者に対して、施設において「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話（介護）」を一体的に提供するものであり、介護保険法上の介護保険施設と医療法上の医療提供施設としての位置付けを有します。

今後の方針

介護療養型医療施設からの転換を含め、第 10 期計画期間中において、必要なサービス量の確保に努めます。

◇施設サービス見込量

		第９期実績値			第 10 期見込量			中長期
		Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
①介護老人福祉施設	給付費（千円）	761,271	792,133					
	人数（人/月）							
②介護老人保健施設	給付費（千円）	256,874	265,672					
	人数（人/月）							
③介護療養型医療施設	給付費（千円）	613	※介護療養型医療施設は令和５年度末までのサービスで、介護医療院等に移行となりました。（月遅れ請求を除く）					
	人数（人/月）							
④介護医療院	給付費（千円）	59,983	56,226					
	人数（人/月）							
給付費合計（千円）		**1,078,741**	**1,114,031**					

■令和８年度は実績見込み
■給付費については 100 円単位、回数および人数については小数点第２位を四捨五入しています。

（４）地域支援事業

① 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

総合事業は、要支援者や介護予防・生活支援サービス事業対象者（基本チェックリストを用いて要支援者に相当する状態と判断された者）を対象とした「介護予防・生活支援サービス事業」と、65 歳以上の全ての高齢者を対象とした「一般介護予防事業」で構成され、高齢者の介護予防と日常生活の自立を支援することを目的としています。

総合事業の対象者に要介護認定者を含める弾力化と、国が定めている訪問型サービスと通所型サービスの価格の上限を市町村の実情に応じた形で弾力的に運営できるよう変更が行われました。これまでと同様の基準によるサービス提供と併せ、地域の実情に応じた多様なサービスの導入が可能となったことから、地域の実情把握、分析を行い、総合事業の推進に向けた検討を行います。

◇介護予防・日常生活支援サービス事業（訪問型サービス／通所型サービス）の見込額（単位：円）

	第９期実績値			第 10 期見込量			中長期
	Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
訪問介護相当サービス	8,533,578	7,211,270	8,717,110	9,523,704	9,428,576	9,334,200	7,596,198
訪問型サービスＢ	75,900	56,700	48,000	57,600	69,000	82,800	44,412
訪問型サービスＣ	54,000	63,000	126,000	126,000	126,000	126,000	116,580
通所介護相当サービス	37,770,396	36,711,914	40,707,048	41,134,296	40,723,434	40,315,800	35,472,628
介護予防ケアマネジメント	1,167,456	1,295,502	1,498,195	1,423,285	1,352,121	1,284,515	1,386,190
合計	**47,601,330**	**45,338,386**	**51,096,353**	**52,264,885**	**51,699,131**	**51,143,315**	**44,616,008**

令和８年度は実績見込み

② 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

「介護予防ケアマネジメント」、「総合相談支援事業」、「高齢者虐待防止・権利擁護事業」、「包括的・継続的ケアマネジメント事業」で構成され、地域包括支援センターが中心となり、一体的に実施しています。

また、任意事業として、要介護者の家族を支援するための「家族介護支援事業」や「成年後見制度利用支援事業」、「認知症サポーター等養成事業」のように、市町村の状況など応じた独自事業を実施しています。

③包括的支援事業（社会保障充実分）

「在宅医療・介護連携推進事業」、「生活支援体制整備事業」、「認知症総合支援事業」、「地域ケア会議の充実」の４つの事業で構成され、住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らせるための地域づくりを推進するための事業を展開していきます。

◇地域支援事業費の見込額（単位：円）

	第 10 期見込量			中長期
	R９年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
①介護予防・日常生活支援総合事業	54,752,285	54,367,611	54,020,795	46,566,888
介護予防・日常生活支援サービス	52,264,885	51,699,131	51,143,315	44,616,008
訪問介護相当サービス	9,523,704	9,428,576	9,334,200	7,596,198
訪問型サービスＢ	57,600	69,000	82,800	44,412
訪問型サービスＣ	126,000	126,000	126,000	116,580
通所介護相当サービス	41,134,296	40,723,434	40,315,800	35,472,628
介護予防ケアマネジメント	1,423,285	1,352,121	1,284,515	1,386,190
一般介護予防事業	2,487,400	2,668,480	2,877,480	1,950,880
介護予防把握事業	0	0	0	0
介護予防普及啓発事業	400,000	400,000	400,000	161,788
地域介護予防活動支援事業	490,000	490,000	490,000	448,086
一般介護予防事業評価事業	0	0	0	0
地域リハビリテーション活動支援事業	704,000	704,000	704,000	651,369
上記以外の介護予防・日常生活総合事業（※１）	893,400	1,074,480	1,283,480	689,637
②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	26,000,000	27,000,000	28,000,000	24,317,555
包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）	23,000,000	23,500,000	24,000,000	21,558,109
任意事業（※２）	3,000,000	3,500,000	4,000,000	2,759,446
③包括的支援事業（社会保障充実分）	10,860,000	12,111,000	11,350,000	10,583,978
在宅医療・介護連携推進事業	3,510,000	3,560,000	3,600,000	3,494,300
生活支援体制整備事業	6,000,000	6,201,000	6,400,000	5,678,000
認知症初期集中支援推進事業	450,000	450,000	450,000	444,000
認知症地域支援・ケア向上事業	500,000	1,500,000	500,000	583,678
認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業	0	0	0	0
地域ケア会議推進事業	400,000	400,000	400,000	384,000
合計	**91,612,285**	**93,478,611**	**93,370,795**	**81,468,421**

（※１）審査支払手数料、高額介護予防サービス費相当事業の合算額

（※２）介護給付費等費用適正化事業、家族介護支援事業、成年後見制度利用支援事業、福祉用具・住宅改修支援事業、認知症対応型共同生活介護事業所の家賃等助成事業、認知症サポーター等養成事業、重度のＡＬＳ患者の入院におけるコミュニケーション支援事業、地域自立生活支援事業の合算額

（５）市町村特別給付

概　　要

通常の介護サービスのほかに要介護状態の軽減や重度化の防止、要介護状態になることを予防するため、介護保険法で定められた給付以外で、市町村が条例で定めることにより、給付が可能となるサービスです。

今後の方針

ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯が増加している中、高齢者の在宅生活をできる限り可能としていくため、必要性と地域のニーズが極めて高いとされる場合には、市町村特別給付による対応を行います。

主な実施事業

紙おむつ等支給事業の実施、栄養改善配食事業の実施

◇特別給付費の見込額（単位：円）

	第９期実績値			第 10 期見込量			中長期
	Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度	Ｒ９年度	R10 年度	R11 年度	R22 年度
紙おむつ等支給事業	4,299,514	4,583,775					
栄養改善配食事業	－	815,200					
合計	**4,299,514**	**55,625,608**					

■令和８年度は実績見込み

（６）介護サービス需要の推計と高齢者向け住まいの勘案

概　　要

計画の策定にあたっては、高齢化率の推移に基づく基本需要量に加え、厚生労働省の指針に基づき、町内における有料老人ホームおよびサービス付き高齢者向け住宅等の設置状況並びに入居定員総数を勘案してサービス見込み量を算出します。

今後の方針

町内の高齢者向け住まいの現状を分析した結果、一部地域において施設数の増加傾向が見られる一方、入居者の要介護度や外部サービス利用の実態に応じたきめ細やかな提供体制の確保が課題となっている。これらを踏まえ、住まいの整備状況と地域の介護サービス需要のバランスを常時検証し、過不足のない持続可能なサービス基盤の整備を目指します。なお、第 10 期計画期間中の新たな施設整備は予定していない。

また、高齢者向け住まいの適正な運営と情報把握に向けては、庁内関係部局との連携を強化し、地域住民が慣れ親しんだ地域で尊厳を保持しながら生活できる環境づくりを推進します。

◇高齢者向け住まいの設置状況

出典：埼玉県

区分	施設数（棟数）	定員（戸数）	入居者数	要介護認定者の割合	県外出身者	併設する介護サービスの有無
サービス付き高齢者向け住宅	0	－	－	－	－	－
有料老人ホーム	2	95	92	100%	19	訪問看護
有料老人ホーム（新設分）	1	60	－	－	－	－

４　介護保険事業の見込量と保険料

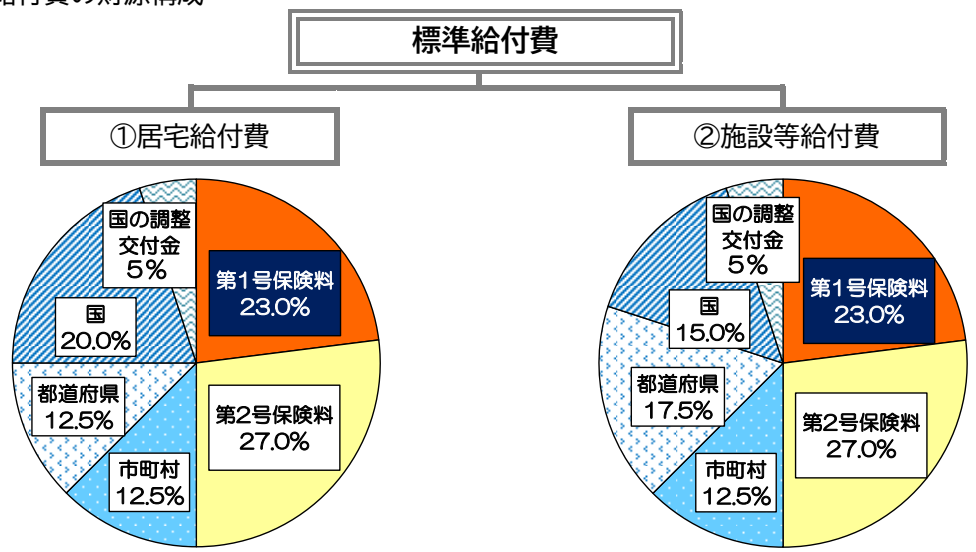
（１）第１号被保険者の保険料の算出

◇介護保険財政の仕組み

事業費用の大半を占める給付費の財源構成は、40 歳以上の被保険者から徴収する保険料が半分、国・県・市町村の公費が半分となっています。第 10 期においては、第１号被保険者（65 歳以上）の標準的な負担割合は 23%です。

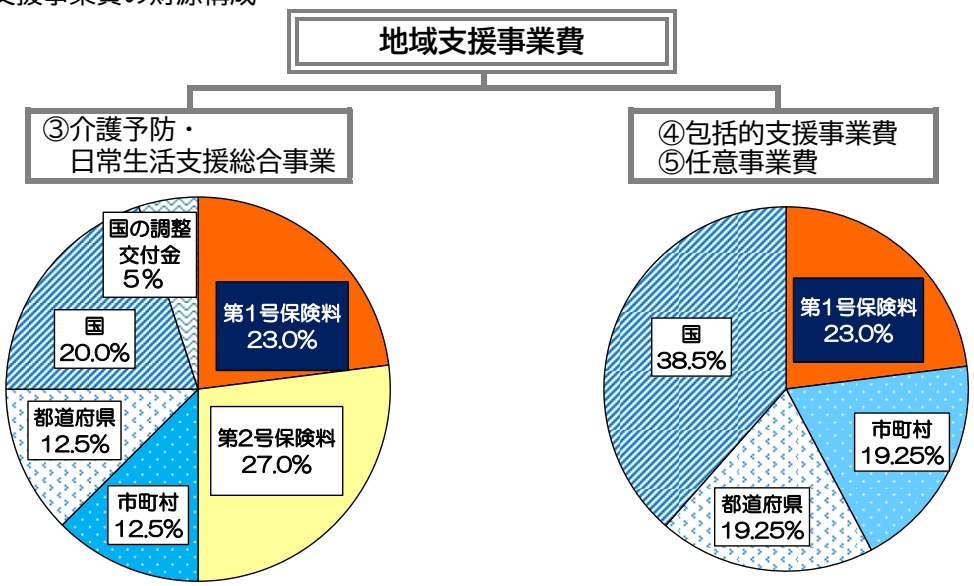
また、地域支援事業費のうち、包括的支援事業と任意事業については、第２号被保険者の負担はなく、第１号被保険者の保険料と公費によって財源が構成されます。

■標準給付費の財源構成



※施設等給付費とは、都道府県知事が指定権限を有する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、特定施設に係る給付費。
※居宅給付費とは、施設等給付費以外の給付費。

■地域支援事業費の財源構成



①居宅給付費、②施設等給付費、③介護予防・日常生活支援総合事業の国負担分のうち、５%は市町村間の財政力格差の調整や災害等の特別な事情による調整交付金として交付されるもので、市町村によって交付率（交付額）は異なります。

◇第１号被保険者の介護保険料の算定

保険給付費等の財源は 118 ページに記載した財源構成のとおり定められており、第１号被保険者の介護保険料は、３年間の介護保険事業に要する費用に応じて決定されます。具体的には、第 10 期計画期間である令和９年度から令和 11 年度までの３年間に必要となる標準給付見込額（Ａ）と地域支援事業費見込額（Ｂ）を合計し、第１号被保険者負担割合の 23%を乗じて、第１号被保険者負担分相当額（Ｃ）を求めます。そこに、調整交付金相当額（Ｄ）、財政安定化基金拠出金（Ｆ）及び市町村特別給付費見込額（Ｇ）を加算し、調整交付金見込額（Ｅ）及び保険者機能強化推進交付金等（Ｈ）を差し引き、保険料収納必要額（Ｉ）を求めます。この保険料収納必要額を予定保険料収納率（Ｊ）及び所得段階別加入割合補正後被保険者数（Ｋ）で除したものが、保険料基準額（年額）（Ｌ）となり、12 月で除した保険料基準額（月額）（Ｍ）は円となります。

なお、保険料基準額（月額）については、保険料上昇の抑制を図るため、介護給付費準備基金のうち、万円を取り崩し第１号被保険者負担分の減額を図ることで、最終的な保険料基準額（月額）（Ｑ）を円としました。

第１号被保険者の介護保険料の算定にあたり、被保険者の所得等に応じた所得段階は、第８期計画においては 12 段階としていましたが、第９期計画以降、国の基準に合わせ、13 段階に設定しました。

●標準給付費見込額

	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	合　計
総給付費（※１）	円	円	円	円
特定入所者介護サービス費	円	円	円	円
高額介護（予防）サービス費	円	円	円	円
高額医療合算介護（予防）サービス費	円	円	円	円
審査支払手数料	円	円	円	円
標準給付費見込額	円	円	円	円

（※１）総給付費は居宅サービス費、地域密着型サービス費、施設サービスの合計

●保険料の算定①（単位：円）

	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	合　計
標準給付費見込額（影響額反映後）（A）				
地域支援事業費見込額（B）				
第１号被保険者負担分相当額（C）【(A+B)×第１号被保険者負担割合 23%】				
調整交付金相当額（D）【(A+介護予防・日常生活総合支援事業費)×5%】				
調整交付金見込額（交付見込み）（E）				
財政安定化基金拠出金（F）				
市町村特別給付費見込額（G）				
保険者機能強化推進交付金等（H）　（交付見込み）				
保険料収納必要額（I）【C＋D－E＋F＋G－H】				
予定保険料収納率（J）				%
所得段階別加入割合補正後被保険者数（K）　（第１号被保険者数）				人
保険料基準額（年額）（L）【I÷J÷K】	円			
保険料基準額（月額）（M）【M÷12】	円			

※小数点第１位を四捨五入。ただし、（E）については千円未満を四捨五入

●保険料の算定②【基金取崩し後】

	令和９年度	令和 10 年度	令和 11 年度	合　計
介護給付費準備基金取崩額 （N）				円
保険料収納必要額② （O）【I－N】				円
保険料基準額（年額）②【最終】 （P）【O÷J÷K】	円			
保険料基準額（月額）②【最終】 （Q）【P÷12】	円			

※端数処理の関係で計算が一致しないことがあります。

（Ａ）標準給付費見込額

介護保険料の算出の基礎となる標準給付費は、令和９年度から令和 11 年度までの３年間に必要とされる介護（予防）サービス費（総給付費）、特定入所者介護（予防）サービス費、高額介護（予防）サービス費、高額医療合算介護（予防）サービス費、審査支払手数料の総額です。

（Ｂ）地域支援事業費

地域支援事業費は、被保険者が要介護状態又は要支援状態になることを予防し、社会に参加しつつ、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に支援することを目的とし、介護保険法に基づく地域支援事業を実施するための費用で、介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業、任意事業に要する費用の総額です。

（Ｄ）（Ｅ）　調整交付金

第１号被保険者のうち、75 歳以上である者の割合（後期高齢者加入割合）等と全国平均との格差により生ずる保険料基準額の格差調整のために国から交付されるもので、標準給付費見込額と地域支援事業費のうち、介護予防・日常生活支援総合事業に要する額の５％を基準としていますが、市町村の後期高齢者の比率と所得水準の状況によっては５％とならないことがあります。

（Ｎ）介護給付費準備基金取崩額

介護給付費準備基金については、第 10 期保険料の負担を抑えるため活用します。なお、基金については、介護給付費の急激な上昇といった不測の事態に対応することも目的としています。

◎保険料増額の主な要因

・後期高齢者数の増加に伴う要介護、要支援認定者数の増加によるサービス利用者数の増加
・介護老人福祉施設、介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、特定施設入居者生活介護（介護保険の指定を受けた有料老人ホーム等）などの基盤整備の充実に伴う入所者数の増加

（２）第１号被保険者の介護保険料

◇所得段階別第１号被保険者の介護保険料の設定※１

所得段階		対象者		保険料基準額に対する割合	保険料年額※５
基準額より軽減される方	第１段階	本人が町民税非課税	世帯非課税		円 （円）
	第２段階				円 （円）
	第３段階				円 （円）
	第４段階		世帯課税		円
第５段階 **【基準額】**					円
基準額より増額される方	第６段階	本人が町民税課税			円
	第７段階				円
	第８段階				円
	第９段階				円
	第 10 段階				円
	第 11 段階				円
	第 12 段階				円
	第 13 段階				円

資　料　編

1　毛呂山町介護保険運営審議会設置に係る根拠条例

毛呂山町介護保険条例【抜粋】

平成 12 年３月 31 日
条例第 13 号

（介護保険運営審議会）

第 11 条　町は介護保険制度及び高齢者福祉制度の適切かつ円滑な運営を図るため、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 138 条の４第３項の規定により、毛呂山町介護保険運営審議会（以下「審議会」という。）を置く。

２　審議会は、町長の諮問に応じ、次の各号に掲げる事項の調査及び審議を行う。

（1） 老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）第 20 条の８第１項に規定する市町村老人福祉計画及び法第 117 条第１項に規定する市町村介護保険事業計画の策定及び進行管理に関する事項

（2） 法第８条第 14 項に規定する地域密着型サービス及び法第８条の２第 12 項に規定する地域密着型介護予防サービスを提供する者の指定及び運営に関する事項

（3）法第 115 条の 45 第２項第６号に規定する認知症施策総合推進事業に関する事項

（4）法第 115 条の 46 第１項に規定する地域包括支援センターの設置及び運営に関する事項

（5）法第 115 条の 48 第１項に規定する地域ケア会議推進会議に関する事項

（組織）

第 12 条　審議会は、委員 20 人以内で組織する。

２　委員は、次に掲げる者のうちから、町長が委嘱する。

（1）医療関係者

（2）福祉関係者

（3）介護保険の被保険者

（4）介護保険に関し学識経験を有する者

（5）介護保険サービス提供事業者の代表者

（審議会の事項に関する委任）

第 13 条　この条例に定めるもののほか、審議会に関して必要な事項は、規則で定める。

○毛呂山町介護保険に関する規則【抜粋】

平成 19 年３月 30 日
規則第 26 号

第７章　介護保険運営審議会

（任期）

第 63 条　条例第 11 条の毛呂山町介護保険運営審議会（以下「審議会」という。）の委員の任期は、３年とする。ただし、再任を妨げない。

２　補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

（会長及び副会長）

第 64 条　審議会に、会長及び副会長をそれぞれ１人置き、委員の互選によりこれを定める。

２　会長は、会務を総理し、審議会を代表する。

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

（会議）

第 65 条　審議会の会議（以下この条において、「会議」という。）は、会長が招集し、その議長となる。

２　審議会は、委員の過半数の出席がなければ会議を開くことができない。

３　審議会は、必要があると認めるときは、関係者の出席を求め、その意見を聴くことができる。

（庶務）

第 66 条　審議会の庶務は、高齢者支援課において処理する。

（委任）

第 67 条　この規則に定めるもののほか、審議会の運営に関し必要な事項は、会長が審議会に諮って定める。

2　毛呂山町介護保険運営審議会委員名簿

選出区分	所属及び職名	氏　名	備考
医療関係者	入間地区医師会 毛呂山越生ブロック代表者	鈴 木　　将 夫	会長
	入間郡市歯科医師会第４支部支部長	星 野　洋一郎	
	坂戸鶴ヶ島市薬剤師会副会長	紫 藤　　哲 男	
	学校法人埼玉医科大学 訪問看護ステーション管理者	小 山　　優 子	
	社会福祉法人埼玉医療福祉会 丸木記念福祉メディカルセンター 認知症疾患医療センター相談員	福 島　　雄 大	
福祉関係者	毛呂山町民生委員・児童委員協議会 高齢者福祉部会長	森　　麻　子	
	社会福祉法人育心会 特別養護老人ホーム悠久園施設長	田 中　　昭 彦	
	社会福祉法人埼玉医療福祉会 丸木記念福祉メディカルセンター 薫風園事務長	末　田　　譲	
	毛呂山町社会福祉協議会事務局長	松　本　　豊	
	住民参加型在宅福祉サービスグループ 友愛毛呂山代表	小島　志津子	
介護保険の被保険者	毛呂山町連合寿会会長	後 藤　　徹 雄	
	公募委員（１号被保険者）	二 瓶　　紀 子	
	公募委員（２号被保険者）	内 藤　　春 美	
介護保険に関し学識経験を有する者	埼玉医科大学保健医療学部 専任講師	三 浦　　佳 代	
介護保険サービス提供事業者の代表	旧毛呂山町介護保険サービス事業者連絡協議会会長 毛呂山町生活支援体制整備推進協議会会長	小 林　　明 弘	副会長

３　諮問書

毛高発第３５２号
令和８年８月４日

毛呂山町介護保険運営審議会
会長　　鈴　木　將　夫　　様

毛呂山町長　　井　上　健　次

第１０期毛呂山町高齢者総合計画の策定について（諮問）

令和６年３月に「住み慣れた地域で、いつまでも安心して・自分らしく・いきいきと暮らせるまち・もろやま」を基本理念として策定した第９期毛呂山町高齢者総合計画は、令和８年度をもって計画期間が終了いたします。

これまで本町では、老人福祉法第２０条の８に基づく老人福祉計画と介護保険法第１１７条に基づく介護保険事業計画を一体的に策定し、毛呂山町高齢者総合計画として推進して参りましたが、共生社会の実現を推進するための認知症基本法が令和６年１月１日に施行され、市町村は各々の実情に即した市町村認知症施策推進計画の策定に努めることと規定されたことから、第１０期計画では、このことも踏まえ、計画を策定して参ります。

つきましては、毛呂山町介護保険条例第１１条第２項第１号に基づき、第１０期毛呂山町高齢者総合計画の策定にあたり、貴審議会にご審議いただきたく、諮問いたします。

４　答申書

5　計画の策定経過

【令和７年度】

〇計画対象者への実態調査

日程	調査の種類
令和７（2025）11 月 25 日 ～令和８（2026）１月 14 日	（１）一般高齢者（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査） （２）居宅要介護認定者（在宅介護実態調査）

【令和８年度】

〇毛呂山町介護保険運営審議会の開催経過

日程	内容
第１回　８月４日（火） 毛呂山町中央公民館　視聴覚室	（１）第９期計画の計画値と実績値について （２）令和７年度高齢者実態調査について （３）令和７年度認知症施策の実績について （３）第 10 期毛呂山町高齢者総合計画の策定について（概略） （４）今後の会議日程について
第２回　10 月６日（火） 毛呂山町役場　201 会議室	（１）第 10 期毛呂山町高齢者総合計画の骨子案について （２）地域ケア会議からの地域課題について （３）地域密着型サービスの運営状況について （４）地域包括支援センターの運営状況について
第３回　11 月 10 日（火） 毛呂山町中央公民館　視聴覚室	（１）第 10 期毛呂山町高齢者総合計画の素案について （２）介護保険　予　定　込みについて （３）認知症施策推進計画について
第４回　令和９年１月 12 日（火） 毛呂山町役場　201 会議室	（１）第 10 期毛呂山町高齢者総合計画の素案について （２）介護保険　予　定 （３）パブリックコメントの実施について
第５回　令和９年２月 16 日（火） 毛呂山町中央公民館　視聴覚室	（１）パブリックコメントの結果報告について （２）第１号被保険者の介護保険料の設定について （３）第 10 期　予　定　の審議・承認 （４）地域密着型サービスの運営状況について （５）地域包括支援センターの運営状況について

〇パブリックコメントの実施

日程
令和９（2027）年１月■■日（■）～令和９（2027）年２月■■日（■）

６　用語解説

■あ行

アウトリーチ

支援が必要であるにもかかわらず、届いていない人に対し、行政や支援者などが積極的に働きかけを行い、情報や直接的な支援を届けるプロセスのこと。

一般介護予防事業

介護予防・日常生活支援総合事業のうち、第１号被保険者のすべての者及びその支援のための活動に関わる者を対象とした事業。

高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進するとともに、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す。

ＮＰＯ（エヌ・ピー・オー）

「Non-Profit Organization」又は「Not-for-Profit Organization」の略称で、様々な社会貢献活動を行い、団体の構成員に対し、収益を分配することを目的としない団体の総称。収益を目的とする事業を行うこと自体は認められるが、事業で得た収益は、様々な社会貢献活動に充てることになる。このうち、特定非営利活動促進法に基づき、法人格を取得した法人を、「特定非営利活動法人(NPO 法人)」と言う。

NPO は法人格の有無を問わず、様々な分野(福祉、教育・文化、まちづくり、環境、国際協力など)で、社会の多様化したニーズに応える重要な役割を果たすことが期待されている。

■か行

介護休暇

労働者が要介護状態（負傷、疾病又は身体上もしくは精神上の障害により、２週間以上の期間にわたり常時介護を必要とする状態）にある対象家族の介護や世話をするための休暇。労働基準法の年次有給休暇とは別に取得できるが、有給か無給かは、会社の規定による。介護休暇を取得できる日数は、対象家族が１人の場合は、年５日まで、対象家族が２人以上の場合は、年 10 日まで。介護休暇の対象となる家族の範囲は、配偶者（事実婚を含む)、父母、子、配偶者の父母、祖父母、兄弟姉妹、孫。

介護給付

要介護認定を受けた被保険者が利用したサービスに対する保険給付。

介護支援専門員（ケアマネジャー）

介護保険制度で、要介護認定者又は要支援認定者からの相談に応じるとともに、要介護認定者等がその心身の状況等に応じ適切なサービスを利用できるよう、市町村、サービス事業者、施設などとの連絡調整等を行う人のこと。

介護予防・生活支援サービス事業

介護予防・日常生活支援総合事業のうち、要支援認定を受けた者及び基本チェックリスト該当者を対象とした事業。

要支援者等の多様な生活支援のニーズに対応するため、訪問介護等のサービスに加え、住民主体の支援も含め、多様なサービスを制度（総合事業）の対象として支援する。

介護予防・日常生活支援総合事業

市町村の主体性を重視し、地域支援事業において、多様なマンパワーや社会資源の活用等を図りながら、介護予防や配食・見守り等の生活支援サービス等を、市町村の判断・創意工夫により、総合的に提供することができる事業。「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」から構成される。

かかりつけ医

健康に関することを何でも相談でき、必要な時は専門の医療機関を紹介してくれる身近にいて頼りになる医師のこと。

キャラバン・メイト

認知症サポーター養成講座の講師役を務めるボランティアのことで、キャラバン・メイトになるには、都道府県や市町村が実施する「キャラバン・メイト養成研修」を受講する必要があります。

緊急通報システム

急病等の緊急事態が起こった際に、利用者がボタンを押すだけでコールセンターへ通報できる装置のこと。本町においては、委託先のガードマンが現場に急行し、状況に応じて、救急要請やあらかじめ登録された親族へ連絡を行う。

ケアマネジメント

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

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。

言語聴覚士

ＳＴ（エス・ティー：Speech-Language-Hearing Therapist）ともいう。音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある人を対象に、医師又は歯科医師の指示のもと聴力や音声機能、言語機能の検査及び訓練や助言を行うほか、摂食や嚥下障害の問題にも専門的に対応する専門職。

権利擁護

自己の権利や援助のニーズを表明することの困難な高齢者や障害者等に代わって、援助者が代理としてその権利やニーズの表明を支援し、代弁することをいう。

後期高齢者

75 歳以上の高齢者。

厚生労働省

平成 13（2001）年に行われた省庁再編により、「厚生省」と「労働省」が一つになり発足。「国民生活の保障・向上」と「経済の発展」を目指すために、社会福祉、社会保障、公衆衛生の向上・増進と、働く環境の整備、職業の安定・人材の育成を総合的・一体的に推進するほか、少子高齢化、男女共同参画、経済構造の変化などに対応し、社会保障政策と労働政策を一体的に取り組んでいる。

高齢化率

65 歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合。

高齢社会白書

高齢社会対策基本法に基づき、平成８（1996）年から毎年政府が国会に提出している年次報告書。高齢化の状況や政府が講じた高齢社会対策の実施の状況、また、高齢化の状況を考慮して講じようとする施策について明らかにしている。

高齢者虐待

養護者や養介護施設従事者等による、高齢者に対する、暴力的な行為（身体的虐待）、暴言や無視、嫌がらせ（心理的虐待）、世話をしないなどの行為（介護・世話の放棄・放任）、勝手に高齢者の資産を使ってしまうなどの行為(経済的虐待)、性的ないやがらせなどの行為（性的虐待）などを指す。

高齢者虐待対応専門員

埼玉県が平成 18（2006）年から市町村職員や地域包括支援センター職員を対象に実施している、虐待に関する独自プログラムでの研修を修了した者。高齢者虐待が発生した場合の対応や、虐待の防止・予防活動の中心となって活動を行っている。

コーホート変化率法

同じ年に生まれた人々の動向から変化率を求め、その結果に基づき将来人口を推計する方法。

コメディカルスタッフ

医師以外に関わる医療従事者の総称。パラメディカルスタッフ又はメディカルスタッフとも称される。

■さ行

サービス付き高齢者向け住宅

日常生活や介護に不安を抱くひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯のために、介護・医療と連携した、安否確認や生活相談などのサービスを提供するバリアフリー構造の住宅。

財政安定化基金

介護保険の財政の安定化に資する事業に必要な費用を充てるために都道府県が設置する基金。財源は国、都道府県、区市町村から３分の１ずつ拠出し、一定の事由により区市町村の介護保険財政に不足が生じた場合に資金の交付又は貸付を行う。

在宅医療

在宅で行う医療のこと。在宅医療としては、医師による訪問診療、看護師による訪問看護、理学療法士等による訪問リハビリテーション、歯科医師による訪問歯科診療等がある。

作業療法士

ＯＴ（オー・ティー：Occupational Therapist）ともいう。身体障害者や知的障害者、精神障害者などを対象に、医師の指示のもとに各種作業を行い、心身の機能や社会復帰に不可欠な適応能力の回復をはかる専門職。

サロン（地域のサロン）

地域住民が主体となって運営・参加を行い、だれでも参加できる地域交流の場。

指定管理者

地方公共団体が、公の施設の管理を行うために、株式会社をはじめとした営利企業・財団法人・NPO 法人・市民グループなど法人その他の団体に包括的に代行させることができる制度、また、その指定を受けた団体のこと。

市民後見人

市町村等が実施する養成研修を受講するなどによって成年後見人等として必要な知識を得た住民の中から家庭裁判所によって成年後見人等として選任された人。

社会福祉協議会

住民が安心して暮らせる福祉コミュニティづくりと地域福祉の推進を使命とする公共性・公益性の高い民間の非営利の団体（社会福祉法人）。全国すべての市町村、都道府県ごとに設置されており、本町には毛呂山町社会福祉協議会が置かれている。

社会福祉士

社会福祉に関する専門的な知識と技術を持ち、身体上、精神上の障害、又は環境上の理由によって日常生活を営むうえで支障があるものを対象に、各種相談に応じたり、助言や指導、援助を行う専門職。

社会福祉法人

社会福祉事業を行うことを目的として、社会福祉法に基づいて設立した法人。

社会保障審議会

厚生労働省に設置されている審議会の一つ。厚生労働省の諮問機関としての役割を担い、年金問題をはじめとした社会保障制度や人口問題などについて、審議会で調査・審議が行われている。

食生活改善推進員

昭和 20 年代、食糧が十分でなく、栄養不足の中、乳児死亡率が高く、各都道府県では保健所を中心に「栄養教室」が開設され、主婦を対象とした学習が行われるようになり、健康生活について正しい知識と技術を学び、自らが健康教育の実践者となり取り組む意欲的な主婦のグループが誕生したのがはじまりとされている。「私達の健康は、私達の手で」をスローガンに、食を通じた地域の健康づくりを推進する全国に協議会組織を持つボランティア団体。

自立

一般的には「個人が社会において、あらゆる援助を必要とせずに社会生活を状態的に遂行することができる状態」の意味で用いられることが多いですが、福祉分野においては、「自己決定に基づいて主体的な生活を営むこと」又は「障害等を持っていてもその能力を活用して社会活動に参加すること」の意味としても用いられている。

シルバー人材センター

「生きがい就労」の理念から出発したもので、「高年齢者雇用安定法（高年齢者等の雇用の安定等に関する法律）」を根拠法とし、知事の認可を受け、市町村区域ごとに設立された公益社団法人。臨時的かつ短期的な就労の機会の提供、就労を希望する高年齢者に対する無料の職業紹介及び就労に必要な知識・技術の講習などを行うことを目的としている。本町には毛呂山町シルバー人材センターが置かれている。

生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）

地域で、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能（主に資源開発やネットワーク構築の機能）を果たす者のことで、本町では毛呂山町社会福祉協議会に生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）を配置している。

成年後見制度

認知症などにより判断能力が不十分となった高齢者等が、福祉サービスの利用や財産の取引等の契約を行う時に、家庭裁判所が選任した後見人が本人の権利や利益を保護し、支援する制度。

世帯

住居及び生計を共にする者の集まり又は独立して住居を維持し、若しくは独立して生計を営む単身者のことをいう。

前期高齢者

65 歳～74 歳までの高齢者。

■た行

第１号被保険者・第２号被保険者

区市町村の住民のうち、65 歳以上のすべての人が介護保険の第１号被保険者であり、40 歳以上 65 歳未満で医療保険に加入している人が第２号被保険者である。介護サービスを利用できる条件や、介護保険料の支払い方法が異なる。

団塊ジュニア世代

年間の出生数が 200 万人を超えた第二次ベビーブーム世代（おおむね、昭和 46（1971）年～昭和 49（1974）年に生まれた年齢層）をさす。

団塊の世代

第二次大戦後、数年間のベビーブーム世代（おおむね、昭和 22（1947）年～昭和 24（1949）年に生まれた年齢層）をさす。

地域共生社会

制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会をさす。

地域ケア会議

地域の支援者を含めた多職種による専門的視点を交え、ケアマネジャーのケアマネジメント支援を通じて、適切な支援につながっていない高齢者の支援を行うとともに、個別ケースの分析等を通じて地域課題を発見し、地域に必要な資源開発や地域づくり、さらには政策形成につなげることを目指すもの。

地域支援事業

介護保険制度を円滑に実施するために被保険者が要介護状態等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事業。

地域ふくしサポーター

誰もが安心して暮らせる町づくりを進めるため、地域の住民の方が地域で暮らす高齢者等を見守る仕組み。地域の中で選ばれた「地域ふくしサポーター」を中心に日ごろの生活上で起こる課題や問題などを発見した際に地域の民生委員に報告し、早期の問題解決へ繋げていく。

地域包括ケアシステム

高齢者が住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続することができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されることを目指す仕組み。

地域包括ケア「見える化」システム

都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システム。介護保険に関連する情報をはじめ、地域包括ケアシステムの構築に関する様々な情報が本システムに一元化され、かつグラフ等を用いた見やすい形で提供される。

地域包括支援センター

地域の高齢者等が安心して暮らせるように、日常の様々な相談を受け、介護保険やその他のサービスを利用するための支援を行う拠点として設置されている。センターでは主任介護支援専門員、社会福祉士、保健師等が互いに連携し、専門性を生かして活動している。

チームオレンジ

認知症本人と共に、地域の社会資源を生かしたインフォーマルな支え合いの仕組みづくりを行う手段の一つ。認知症と思われる初期の段階から、心理面・生活面の支援として、コーディネーターを配置し、地域において把握した認知症の人の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等と認知症サポーターを中心とした支援者をつなぐ仕組み。

■な行

任意事業

介護保険制度の趣旨に沿って、市町村が地域の実情に応じ独自の発想や創意工夫によって実施する事業。

認知症

正常に発達した知能が、脳の病的な変化により低下し、日常生活上あるいは社会生活上支障をきたした状態をいう。代表的なものとして、アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症がある。症状としては、認知機能障害（物忘れなど）、精神症状・行動障害（幻覚、妄想、徘徊など）、神経症状（パーキンソン様症状など）などがみられる。

認知症カフェ（オレンジカフェ）

認知症の人とその家族、地域住民、専門職が集う場所で、認知症の人を支えるつながりを支援し、認知症の人の家族の介護負担の軽減などを図ることを目的としている。認知症支援のシンボルカラー・オレンジ色にちなみ、「オレンジカフェ」とも呼ばれる。

認知症ケアパス

地域ごとに策定される、認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ。認知症の人が認知症を発症したときから、生活機能障害が進行していく中で、その進行状況に合わせていつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかをあらかじめ標準的に決めておくものである。

認知症サポーター

認知症について正しく理解し、認知症の人やその家族を温かく見守り、支援する応援者。「認知症サポーター養成講座」を受講することで認知症サポーターとなる。

認知症疾患医療センター

認知症に関する専門医療相談や鑑別診断などを行い、地域の保健医療・介護機関と連携を図るとともに地域の認知症疾患対策の拠点となる。令和３（2021）年現在、県内９か所、さいたま市１か所の計 10 か所に設置しており、（１）専門医療相談（電話・面談）、（２）鑑別診断とそれに基づく初期対応、（３）認知症周辺症状への対応、（４）認知症医療に関する情報発信を行っている。

認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の訴えなどにより認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援 などの初期の支援を包括的・集中的（おおむね６か月）に行い、自立生活のサポートを行うチーム。地域包括支援センターを始め、病院・診療所、認知症疾患医療センター、市町村の本庁に配置される。メンバーは、医療と介護の専門職（保健師、看護師、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士等）及び専門医である。

認知症地域支援推進員

認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う者で、本町では、毛呂山町地域包括支援センターに配置している。

ネットワーク

一般的には「網の目のように相互に結びついた構造を持つシステム」の意味で用いられますが、福祉分野においては、「保健・医療・福祉をはじめとした関係者の横断的組織、つながり」という意味として用いられている。

■は行

パブリックコメント

町の基本的な政策等（町の総合的な構想、計画又は個別行政分野における基本的な方針など）の策定に当たり、当該政策等の情報を公表し、公表した情報に対する町民等からの意見の提出を受け、提出された意見等を町の政策等に反映させる一連の手続のこと。

バリアフリー

高齢者や障害者等を含むすべての人にとって日常生活や社会生活を営むうえで存在するあらゆる分野の障壁や障害物（バリア）を除去することをいう。例えば、道路や建築物の利用の妨げとなる段差の解消や手すりなどの物理的なバリアフリー、点字や手話通訳等による文化・情報面でのバリアフリー、障害者に対する無知や無関心からくる偏見や差別などをなくす意識上のバリアフリーなどがある。

フレイル

健康な状態と要介護状態の中間の段階を指す。年齢を重ねていく中で、心身や社会性などの面でダメージを受けたときに回復できる力が低下し、これによって健康に過ごせていた状態から、生活を送るために支援を受けなければならない要介護状態に変化していくが、フレイルには「可逆性」という特性もあり、自分の状態と向き合い、予防に取り組むことでその進行を緩やかにし、健康に過ごせていた状態に戻すことができる。

平均余命（平均寿命）

基準となる年の死亡状況が今後変化しないと仮定したときに、各年齢のものが平均的にみて今後何年生きられるかという期待値を表したものを平均余命といい、特に、０歳における平均余命（０歳児が今後生存するだろうと考えられる平均年数）を平均寿命という。
一般的に、平均寿命という言葉が用いられる場合、「０歳における平均余命」を示しており、その年における死亡者の年齢を平均したものとは異なるものである。

ペタンク

1910 年に南フランスの港町で生まれた、木製又は樹脂製の目標球・ビュットにより近づくように、金属製のペタンクボールを投げて競うボールスポーツ。

包括的支援事業

地域包括支援センターが介護保険法に基づき包括的に実施する事業を総称して指す。

法人後見

社会福祉法人やＮＰＯ法人などが親族等が個人で成年後見人等に就任した場合と同様に判断能力が不十分な人の保護、支援を行うこと。

保険料基準額

介護保険料は、３年間の運営期間中における介護サービスの提供に要する費用の見込み額から、被保険者の保険料でまかなう金額を算出し、この額を被保険者数等で割ることにより算定される。算定された基準額を 12 で割ることで、保険料基準月額が算出される。

ボランティア

自らすすんで、自分の考えで、自分の身近なさまざまな問題に取り組んでいく活動で、活動にあたり特別な資格や技術が必要なわけではない。また、お金や物や名誉などを求めない、お互い様という対等な関係で行われる活動とされているが、近年では、実費や交通費、それ以上の金銭を得て活動する「有償ボランティア」も広まりを見せている。

ボランティアポイント制度

介護支援ボランティア活動の実績に応じてポイントを付与する制度。
65 歳以上の高齢者を対象とした一般介護予防事業のうち、住民主体の通いの場等の介護予防活動の支援・育成を行う地域介護予防活動支援事業の枠組みを活用し、通いの場づくりの担い手の確保や参加を推進する目的で、介護予防に資する取組への参加やボランティア等への参加に対してポイント付与を行う制度。

■ま行

民生委員・児童委員

民生委員は、民生委員法に規定される地域における福祉行政への協力や住民への情報提供、住民の生活状況の把握などを行う委員のこと。それぞれの地域において常に住民の立場に立って相談に応じ、必要な援助を行い、社会福祉の増進に努めており、児童福祉法に基づく「児童委員」を兼ねている。

■や行

有料老人ホーム

住むための「居住機能」と日常生活に必要な食事や掃除、洗濯、健康管理などを提供する「サービス機能」の２つの機能が一体として提供される高齢者向けの住居。入居は、経営者側と入居希望者との自由な契約によるもの。ホームが「特定施設入居者生活介護」の事業者指定を受けている場合には、介護保険の適用を受けることができる。

ゆずっこ元気体操

高知県で開発されたいきいき 100 歳体操を参考にした毛呂山町オリジナルの６種類からなる筋力運動を行う体操のこと。重りをつけたバンドを手首に巻いて行い、重さは０ｇから 1.2ｋｇまでの６段階で調整を行うことができるため、体力に不安のある人でも参加することが可能となっている。

毛呂山町では、生活に身近な自治会を中心に実施しており、近所や顔なじみの人と一緒にワイワイお喋りしながら運動を続けることが可能となっている。

要介護認定者

身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排泄、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、一定期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態である者。介護認定審査会において、要介護度の審査・判定の結果、要介護状態区分の１～５に認定された者を指す。

要支援認定者

一定期間にわたり継続して、常時介護を要する状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれる、又は日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態である者。介護認定審査会において、要介護度の審査・判定の結果、要支援状態区分の１又は２に認定された者を指す。

予防給付

介護予防給付のこと。要支援１～２と認定された被保険者が利用するサービスのうち介護予防・日常生活支援総合事業を除いたものに対する保険給付を指す。

■ら行

理学療法士

ＰＴ（ピー・ティー：Physical Therapist）ともいう。運動機能が低下した状態にある人を対象に、医師の指示のもとでリハビリテーションを行い、日常生活を送るうえで必要な基本的な動作能力の回復をはかる専門職のこと。

身体に障害のない人に対し、介護予防事業などの場において、転倒予防等の指導等の診療の補助に該当しない範囲の業務を行う際であっても、この名称を使用することが認められている。なお、その際に医師の指示は不要とされている。

リハビリテーション

何らかの障害を持つ人が、リハビリテーション専門医の指示のもと、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、義肢装具士、医療ソーシャルワーカーなどの各専門職が連携して、基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法、言語聴覚能力の回復等を目的とした言語聴覚療法等の治療を通して、可能な限り元の社会生活を取り戻すこと。

老老介護

介護者と要介護者が共に 65 歳以上であること。

高齢になるほど体力や身体機能が低下することから、介護者が肉体的、精神的な限界に陥りやすく、第三者の支援がないと生活ができなくなる等、共倒れ状態になる危険性が高い。

第１０期毛呂山町高齢者総合計画

毛呂山町高齢者福祉計画・介護保険事業計画

令和９（2027）年度～令和 11（2029）年度

発　行　令和９年　月
発行者　毛呂山町
編　集　毛呂山町　高齢者支援課
〒350-0493　埼玉県入間郡毛呂山町中央２丁目１番地
電話 049-295-2112（代表）
ファクス 049-276-1013
メールアドレス kourei@town.moroyama.lg.jp
https://www.town.moroyama.saitama.jp