資料２

令和７年度第１回寒川町介護保険運営協議会

第９次寒川町高齢者保健福祉計画
（介 護 保 険 事 業 計 画）
令和６年度取り組み状況実績評価

令和７年１０月

寒　　川　　町

第9次高齢者保健福祉計画進捗管理総括表

基本目標	施策の方向	実績評価（自己評価）		
		令和6年度	令和7年度	令和8年度
目標１ 地域包括ケアシステムの充実	（１）認知症施策の推進　p3～6	4		
	（２）在宅医療・介護連携の推進　p7～9	4		
	（３）生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進　p10～11	3		
	（４）地域ケア会議の推進　p12～14	4		
目標２ 健康保持・介護予防の推進	（１）健康保持の推進　p15～17	4		
	（２）介護予防の推進　p18～22	3		
目標３ 高齢者の地域生活支援の充実	（１）情報提供・相談体制の充実　p23～25	4		
	（２）日常生活の支援　p26～27	4		
	（３）安心・安全の確保　p28～30	4		
	（４）介護家族支援　p31～32	4		
	（５）権利擁護　p33～34	4		
目標４ 高齢者の社会参加の促進	（１）社会参加・交流の促進　p35～37	3		
目標５ 介護保険サービスの適切な運営	（１）介護サービス・介護予防サービス　p38～39	4		
	（２）地域支援事業　p40～42	4		
	（３）必要なサービス量の確保及び質の向上　p43～45	4		
	（４）円滑なサービスの提供　p46～48	4		

自己評価シート（フェイスシート）の見方

○フェイスシート

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

計画書の該当先頭ページ

1　地域包括ケアシステムの充実

タイトル	（1）認知症施策の推進

現状と課題

計画書 P27 の施策の体系より：
　1　：基本目標番号
（1）：施策の方向性番号

第８期における具体的な取組

目標の評価方法
● 時点 □中間見直しあり □実績評価のみ ● 評価の方法

中間見直しを行う施策について、自己評価シートを用いて半年間の実績に基づき中間評価を実施。
実績評価のみの施策については、年間の取り組みで評価を行う

○自己評価シート

取組と目標に対する自己評価シート

年度	

前期（中間見直し）

実施内容

自己評価結果

自己評価結果欄の初めの行に自己評価指標を記入

評価の考え方

自己評価シートにより令和６年度の実績で評価を実施

評価の指標については、次のとおり

＜自己評価指標＞

１：　0％以上 25％未満の達成

２：25％以上 50％未満の達成

３：50％以上 75％未満の達成

４：75％以上 100％以下の達成

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

1　地域包括ケアシステムの充実　　９次計画書Ｐ28

タイトル	（１）認知症施策の推進

現状と課題

令和６年度版高齢社会白書では、令和４年（2022 年）における認知症の高齢者数は 443.2 万人、有病率は 12.3%、令和 22 年度（2040 年）の認知症の高齢者数は 584.2 万人、有病率は 14.9%になると推計されている。

町の現状

65 歳以上の認知症高齢者数（令和６年４月１日現在）：1,581 人

65 歳以上高齢者に対する認知症高齢者の割合：11.68%

今後、認知症高齢者が急激に増加すると推測されている。

第９次における具体的な取組

認知症の人が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地域を目指し、下記の取り組みを推進します。

・認知症地域支援推進員の配置
・認知症初期集中支援チームの設置
・認知症ケアパスの作成
・認知症サポーター養成研修の開催
・認知症予防のための通いの場の充実
・認知症の普及啓発

目標（事業内容、指標等）

認知症の人が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地域になる。

認知症の人にさりげなく手助けできる住民が増える。

（★フレイル質問票 13～26 点・点数が高いほどリスクが高い）

事業内容	指標	R6 年度	R7 年度	R8 年度
認知症地域支援推進員の配置	配置人数	２名	２名	２名
認知症に関する各種相談の受付	のべ相談数	1,000 件	1,000 件	1,000 件
こすもすカフェの運営	開催回数	12 回	12 回	12 回
認知症初期集中支援チームの設置	チーム数	１チーム	１チーム	１チーム
認知症ケアパスの作成	作成回数	１回	１回	１回
認知症サポーター養成講座の開催	受講人数	450 人	450 人	450 人
認知症サポーターステップアップ講座	受講人数	15 人	15 人	15 人
通いの場の充実（一体化事業）	参加者のフレイル予防実践後の平均点数(★)	14.98 点	14.95 点	14.89 点

目標の評価方法
● 時点 ■中間見直しあり □実績評価のみ ● 評価の方法 ・認知症サポーター養成講座　参加者数が目標人数を上回っているか。 ・認知症サポーターステップアップ講座　参加者数が目標人数を上回っているか。 ・通いの場の充実（一体的事業）　参加者のフレイル予防実践後の平均点数がさがっているか。

取組と目標に対する自己評価シート

１－（１）

年度	令和６年度

前期（中間見直し）

実施内容

事業内容	指標	R6 年度目標	R6 年 9 月末実績
認知症地域支援数推進員	配置人数	2 名	2 名
認知症に関する各種相談	のべ相談件数	1000 件	747 件
認知症初期集中支援チーム	設置チーム数	1 チーム	1 チーム
こすもすカフェ	開催回数	12 回	6 回
認知症ケアパスの作成	作成回数	1 回	1 回
認知症サポーター養成講座	受講人数	450 人	96 人
認知症サポーターステップアップ講座	受講人数	15 人	14 人
通いの場の充実（一体化事業）	参加者のフレイル予防実践後の平均点数(★)	14.98 点	14.90 点

自己評価結果

自己評価　３

認知症地域支援推進員は令和 6 年から 1 名から 2 名配置になったことにより 9 月のアルツハイマー月間には町内のスーパーで認知症啓発イベントを新規で開催することができ、認知症の啓発の充実ができた。

こすもすカフェは月１回定期的に開催することにより、チームオレンジメンバーの活動の場所として定着してきている。

認知症サポーター養成講座の受講人数は９月末で 96 人であるが、年度末に中学 3 年生を対象とした講座を開催予定である。

認知症サポーターステップアップ講座は、9月末までに一度住民向けに開催したが、下半期には住民向けの講座を2回開催予定である。

通いの場としては、９月末までにシニア連やコミュニティカフェ 11 か所、156 人にフレイル予防の健康教育を行うことができた。

課題と対応策

高齢化社会に伴い、町でも認知症になる人、認知症の方を介護する人が増加している。それに伴い、認知症の相談や対応のニーズも拡大している。拡大するニーズに対応するために令和６年度からは認知症地域支援推進員を１名増し２名体制にした。

また高齢化社会における健康寿命の延伸は、高齢者のＱＯＬの向上はもちろん、介護給付費の削減にも影響するため、通いの場でのフレイル予防の充実のためにも、今後のマンパワーの充実が必要と考えられる。

後期（実績報告）

実施内容

事業内容	指標	R6 年度目標	R6 年実績
認知症地域支援数推進員	配置人数	2 名	2 名
認知症に関する各種相談	のべ相談件数	1000 件	1481 件
認知症初期集中支援チーム	設置チーム数	1 チーム	1 チーム
こすもすカフェ	開催回数	12 回	12 回
認知症ケアパスの作成	作成回数	1 回	1 回
認知症サポーター養成講座	受講人数	450 人	687 人
認知症サポーターステップアップ講座	受講人数	15 人	72 人
通いの場の充実（一体化事業）	参加者のフレイル予防実践後の平均点数（★）	14. 98 点	14.78 点

自己評価結果

自己評価　4

認知症に関する相談件数は、1年間の目標値を上回り約 1.5 倍近い相談件数になっている。高齢化社会の伴う認知高齢者の増加や認知症地域支援推進員の周知がすすみ、相談ケースが増加していると考えられる。

認知症初期集中支援チーム員の訪問件数も R5 には 215 回であったが、R6 には 250 回に増えており、認知症の方や認知症の方を介護する方の支援ニーズも増大している。

こすもすカフェは月 1 回定期的に開催することにより、チームオレンジメンバーの活動の場所として定着してきている。また、R7 年度には町主催の新たなコミュニティカフェである「オリーブの音色カフェ」を開催予定。

認知症サポーター養成講座の受講人数は、町内の中学３年生を対象とした講座を実施したことで目標値を上回ることができた。

認知症サポーターステップアップ講座は、住民向けの講座のほかに、ソフィア茅ヶ崎で行われた椿の花サロンでも実施している。

R4 に設置したチームオレンジの充実のため、「チームオレンジ連絡会」を開催し、メンバー同士の交流を目指した。また世界アルツハイマー月間には、チームオレンジメンバーが代表を担っているさむかわ音楽ひろばと町の共催で認知症啓発イベントを開催し、チームオレンジメンバーや認知症サポーターの参加があった。

通いの場としては、シニア連の 10 団体に年間で２回ずつ（１団体は１回のみ）フレイル予防の健康教育を開催し、参加者のフレイルチェックの平均点は良くなっており、フレイル予防につながっていると考えられる。また、コミュニティカフェの代表者や、自治会長の協力を得て、コミュニティカフェともくせいハイツでもフレイル予防教室を開催することができた。

課題と対応策

高齢化が進む中、相談件数は確実に増加しています。初動対応の機動力を不足することなく町民が安心して暮らせることを維持するため認知症地域推進員を１名から２名体制にしました。また、健康寿命の延伸は、高齢者のＱＯＬの向上はもちろん、介護給付費の削減にも影響するため、通いの場でのフレイル予防の充実を図っていきます。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

1　地域包括ケアシステムの充実　　９次計画書 P29

タイトル	（２）在宅医療・介護連携の推進

現状と課題

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人生の最後まで続けることができるために、医療と介護を一体的に受けられるように関係者の連携の強化を目指し、在宅療養を支える体制の充実・関係者の人材育成・仕組みづくり・住民への周知に向けた取り組みを推進する必要がある。

第９次における具体的な取組

・在宅医療介護連携推進事業（茅ヶ崎市との協同実施）

茅ヶ崎市と共同で設置した「在宅ケア相談窓口」を通じ、住民や関係機関からの相談に応じ、多職種連携のための研修や、さまざまな情報を集約し、機関紙（情報紙）の発行（年３回）を通じ、提供する。

また、在宅で生活する高齢者を支えられるよう、介護関係者や茅ヶ崎医師会、茅ヶ崎歯科医師会、茅ヶ崎寒川薬剤師会といった医療部門との連携を深化させていく。

目標（事業内容、指標等）

研修会等をとおして、医療分野と介護分野の連携を深める。

医療や介護分野の相談窓口として住民が認識し、相談できる体制の構築を図る。

・多職種連携研修会検討委員会（年４回）、多職種連携研修会（年３回）の開催
・医療介護連携推進部会（年２回）の開催
・検討グループ・・課題検討グループ（年４回）による課題の検討
・住民向け研修会（年１回）の開催
・相談窓口の設置（通年）
・依頼講座の開催（通年）

目標の評価方法

● 時点

□中間見直しあり

■実績評価のみ

● 評価の方法

・会議の開催や、情報紙の発行が計画どおり行われたか。
・多職種連携研修会等参加者にアンケートを実施し、連携が強化されたと感じた、研修に対する満足度、窓口を知っている住民の割合。

取組と目標に対する自己評価シート

１－２

年度	令和６年度

前期（中間見直し）

実施内容
自己評価結果
課題と対応策

後期（実績評価）

実施内容

会議(項目)	計画	実績	(参加者)	実施率
医療介護連携推進部会	2 回	2 回	委員定数 22 人	100%
多職種連携研修検討委員会	4 回	4 回	委員定数 9 人	100%
多職種連携研修会	3 回	3 回	参加者計 298 人	100%
課題検討グループ会議	4 回	4 回	委員定数 11 人	100%
住民向け研修会	1 回	1 回	参加者計 91 人	100%
同行訪問研修	1 件	0 件	0	0%
依頼講座	1 件	7 件	参加者計 152 人	700%
広報紙の発行（えぼ丸通信 85 カ所）	3 回	3 回		100%
相談窓口での相談対応率	100%	100%	新規 113 件 継続 68 件	100%

自己評価結果
自己評価　４ ・多職種連携研修会におけるアンケートからも、茅ヶ崎寒川の多職種間の連携は、８割の方がよいと感じている。グループワークについては、毎回 100%近い満足度があり、研修会のおかげで多職種の方と話す機会が増え相談しやすくなったとの意見が多くあった。 ・課題検討グループでは、ACP（人生会議）について専門職及び住民へ普及啓発すことが優先課題であると位置づけ、ポスターやリーフレット、キャッチコピーやテーマカラーを決め普及啓発に取り組んだ。 ・国の「在宅医療の体制構築に係る指針」に基づき福祉関係者に推進部会の委員に加わり課題の抽出及び対応策の検討を行った。
課題と対応策
引き続き「医療介護連携推進部会」の課題や意見について「課題検討グループ」、「多職種連携研修会検討委員会」それぞれのワーキンググループで課題解決のため方策を話し合う取り組みを進めていく。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

1　地域包括ケアシステムの充実　　9次計画書 P30

タイトル	（3）生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進

現状と課題

単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加する中で、高齢者の地域における生活を支えるために、医療・介護の分野だけではなく、地域における生活支援等サービスを行う団体等と連携しながら、多様な日常生活上の支援体制の充実・強化および高齢者の社会参加の推進を一体的に図ることを目的とした生活支援体制整備事業を行う。

第9次における具体的な取組

・生活支援体制整備事業

町の地域資源を活用し、高齢者が住み慣れた地域で継続して生活するために必要な生活支援等サービスに関して必要な事項の協議を行い、また、生活支援コーディネーターを配置し、地域における生活支援等サービスへの理解の促進、方針の共有及び生活支援等サービスの担い手の養成に向けた調査及び働きかけを行うとともに、高齢者と必要とする生活支援等サービスを結び付けるなどしていくことで、その基盤の整備を推進します。

目標（事業内容、指標等）

・生活支援サービス又は介護予防サービスの創出についての検討

第9次計画期間中に1つの創出を目標とする。

・生活支援コーディネーターの配置

目標の評価方法

● 時点

□中間見直しあり

■実績評価のみ

● 評価の方法

・生活支援コーディネーターの取り組みを中心に、地域の課題に沿って事業を進められているかを確認する。また、必要に応じ協議体を出席するなどにより、その評価を行うものとする。

取組と目標に対する自己評価シート

１－３

年度	令和６年度

前期（中間見直し）

実施内容
自己評価結果
課題と対応策

後期（実績評価）

実施内容
【生活支援・介護予防サービス基盤整備推進会議（協議体）の設置】 協議体において、新たな生活支援サービス等の検討を重ねている。生活支援コーディネーターは通いの場における自主グループと関わるなど支援を実施。
自己評価結果
自己評価　３ 【生活支援・介護予防サービス基盤整備推進会議（協議体）の設置】 協議体へ生活支援コーディネーターの活動状況を報告するとともに、生活支援について検討を行った。 【生活支援コーディネーターの配置】 生活支援コーディネーターは地域からの相談等を受け課題解決に向けた調整等を行った。
課題と対応策
【生活支援・介護予防サービス基盤整備推進会議（協議体）の設置】 協議体における新たな生活支援サービス等の検討について、より発展する在り方への見直しを行う。 【生活支援コーディネーターの配置】 協議体での検討事項を生活支援コーディネーターの活動目標と繋ぎ提示していく。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

1　地域包括ケアシステムの充実　　9次計画書 P31

タイトル	（4）地域ケア会議の推進

現状と課題

地域の高齢者の生活を支える包括的･継続的ケアマネジメント業務の効果的な実施のための地域ケア会議を充実させ、個別ケースに関する対策の検討・情報交換を行い、地域資源の状況や不足しているサービスなどの地域課題をくみ取り、地域への発展に取り組む。

第9次における具体的な取組

・地域ケア個別会議の実施

医療・介護等の専門職をはじめとする関係者が出席し、個別ケースを検討する地域ケア個別会議を地域包括支援センターの主催により開催する。

・介護予防のための地域ケア個別会議の実施

保健師、栄養士、歯科衛生士、理学療法士等専門職をはじめとする関係者が出席し、個別ケースを検討する介護予防のための地域ケア個別会議を年に1回開催する。

・地域ケア推進会議（全体）の実施

地域ケア個別会議の事例から寒川町としての課題を抽出し、それについての検討を行う。

目標（事業内容、指標等）

事　業	指　標	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度
地域ケア個別会議	回/年	6	6	6	6
介護予防地域ケア個別会議	回/年	1	1	1	1
地域ケア推進会議（全体）	回/年	1	1	1	1

目標の評価方法

● 時点

□中間見直しあり

■実績評価のみ

● 評価の方法

・各会議の実施体制の構築及び開催回数

取組と目標に対する自己評価シート

１－４

年度	令和６年度

前期（中間見直し）

実施内容
自己評価結果
課題と対応策

後期（実績評価）

実施内容

事　業	指　標	R6 年度（計画）	R6 年度（実績）	実施率
地域ケア個別会議	回/年	6	6	100%
介護予防地域ケア個別会議	回/年	1	1	100%
地域ケア推進会議（全体）	回/年	1	1	100%

自己評価結果

自己評価　４

【地域ケア個別会議の実施】

事前検討シートに則りケアマネージャーの抱えている課題や対象者の問題などに対し様々な視点から議論ができた。

【地域ケア会議（全体）の実施】（書面会議）

地域ケア個別会議の事例や認知症初期集中支援チームの活動記録から町としての課題について意見をいただいた。

課題と対応策
キーパーソンとなる家族が病状や必要な介護について十分に理解していない場合、虐待などのさまざまな問題が生じる可能性のあるような事例が多くなっている。町が優先的に取り組むべき事項について、関係機関と共有した。 顔の見える環境が構築されているため、その都度、関係機関と課題を共有し連携して支援を行っている。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

2　健康保持・介護予防の推進　　9次計画書 P32

タイトル	（1）健康保持の推進

現状と課題
町の高齢者が、元気に地域社会で生活するための支援を実施し、高齢者の自立支援・重度化防止等に努めている。 健診の担当課と介護予防の担当課が異なることから双方の情報を基にそれぞれの事業への展開がしにくい。

第9次における具体的な取組
・特定健康診査・特定保健指導 メタボリックシンドロームに着目した健康診査および保健指導（国民健康保険被保険者　40～74歳対象）を実施します。メタボリックシンドロームの早期発見を行い、健康増進を目標とします。 ・高齢者健康診査 後期高齢者医療制度被保険者（75歳以上対象）に、健康診査を実施します。病気の早期発見を行い、健康を増進し、健康寿命延伸を目標とします。 ・料理教室 町民の健康課題の解決を目指し、ライフステージ別に料理教室を開催します。 ・歯科保健推進事業 歯と口腔の健康づくりの普及啓発を目的に、関係機関と連携し、広報誌を用いた周知活動や啓発イベントを行います。 ・健康運動ボランティア健康づくり推進活動 町民が主体的に健康づくりを行えるよう、地域での活動に健康運動ボランティアの派遣を行います。身近な場所での活動への参加を契機とし、地域や近隣住民とつながることで、健康寿命の延伸を目指します。 ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 高齢者健康診査の結果や医療レセプト情報などを活用し、フレイルや生活習慣病重症化のリスクが高い町民に通知を行い、保健師・管理栄養士が個別に電話・訪問で支援を行うと伴に、地域の通いの場に出向いて健康指導や介護予防講座・歯科衛生指導等を行い、地域全体の健康増進に努めます。また、同じ団体に複数回訪問することで継続的な支援を行います。

目標（事業内容、指標等）

事業内容	指標	R6 年度	R7 年度	R8 年度
特定健康診査	受診率　（%）	40.0	41.1	42
特定保健指導	実施率　（%）	17.0	18.0	19.0
高齢者健康診査	受診率　（%）	40.5	35.0	35.4
料理教室	回数　（回）	3	2	2
	人数　（人）	54	36	36
歯科保健推進事業	回数　（回）	1	1	1
	人数　（人）	200	200	200
健康づくり推進事業（健康運動ボランティア）	回数　（回）	24	24	24
	人数　（人）	1,080	1,320	1,370
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	参加者のフレイル予防実践後の平均点数(★)	14.98 点	14.95 点	14.89 点

（★フレイル質問票 13～26 点・点数が高いほどリスクが高い）

目標の評価方法

- 時点
  □中間見直しあり
  ■実績評価のみ（数値の確定に時間がかかる）
- 評価の方法
  ・特定健康診査の受診者数、受診率
  ・高齢者健康診査の受診者数、受診率

取組と目標に対する自己評価シート

２－１

年度	令和６年度

前期（中間見直し）

実施内容

自己評価結果

課題と対応策

後期（実績評価）

実施内容				
事業内容	指標	R５年度実績	R６年度目標	R６年度実績
特定健康診査	受診者数　　人	2,354	2,370	2,222
	受診率　　％	37.5	40.0	37.5
特定保健指導	指導者数　　人	32	46	0
	受診率　　％	11.7	17.0	0
高齢者健康診査	受診者数　　人	2,412	2,861	2,704
	実施率　　％	34.6	40.0	37.8
料理教室	回数　　（回）	3	3	3
	人数　　（人）	35	54	56
歯科保健推進事業	回数　　（回）	2	1	2
	人数　　（人）	40	200	128
健康づくり推進事業（健康運動ボランティア）	回数　　（回）	24	24	24
	人数　　（人）	1,296	1,080	1,421
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	参加者のフレイル予防実践後の平均点数（★）	14.98 点	14.98 点	14.78 点

自己評価結果

自己評価　４

特定健康診査は速報値となっている。（令和６年度実績は令和７年７月 23 日現在。）特定保健指導は現在も継続中である。高齢者健康診査は、令和５年度より 3.2 ポイント上昇した。

料理教室は令和６年度より給食センターにおいて実施となり、参加者数は目標値に達した。健康運動ボランティアによる健康づくり推進事業においては令和５年度より 125 名増加した。歯科保健推進事業は、参加者の目標値まで到達はできなかった。

課題と対応策

事業担当課での対応としては、医師会や医療機関等と協力して健診受診率向上を目指す。当課主催の講座などでも、健診受診率向上および事業参加率の向上のためにチラシの配布や紹介の時間などを設け、また保健事業と介護予防の一体的実施事業において地域の通いの場に訪問する際にも PR を継続して行う。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

2　健康保持・介護予防の推進　　9次計画書 P33

タイトル	（2）介護予防の推進

現状と課題

町の高齢化率は令和 8 年に 28.5%となることが予想され、要支援・要介護認定者数が増加していくことが見込まれる。令和 8 年には令和 5 年比で約 1.1 倍の増加が見込まれている。要介護状態の発生をできる限り防ぎ、遅らせること、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指し、介護予防の推進を図る。

講座・教室によっては同じ参加者の再参加が多い。町で主催する教室や講座で介護予防の視点や身体機能の維持のための運動を習得し、将来的には地域で高齢者が中心となった集いの場で取り組めるようにする。そのため、住民主体のグループからの要請に応える介護予防講師派遣事業の取り組みが必要。

第9次における具体的な取組

要介護状態等となることを予防、または要介護状態等となった場合においても可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう主な一般介護予防事業として、以下の事業を実施する。

・元気はっけん広場
・介護予防講師派遣事業
・高齢者健康トレーニング教室
・シニアげんきポイント事業
・高齢者認知症予防脳トレーニング事業
・高齢者スポーツ大会
・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
・一般介護予防事業について専門職の活用促進

目標（事業内容、指標等）

事業名	指標	R6 年度	R7 年度	R8 年度
元気はっけん広場	延べ参加者数	4,800	4,800	4,800
介護予防講師派遣事業	延べ参加数	1,200	1,200	1,200
高齢者健康ﾄﾚｰﾆﾝｸﾞ教室	延べ参加者数	480	480	480
ｼﾆｱげんきﾎﾟｲﾝﾄ事業	平均活動人数	25	25	25
高齢者認知症予防脳トレーニング事業	延べ参加人数	120	120	120
高齢者スポーツ大会	参加者数	130	130	130
通いの場の充実（一体化事業）（再掲）	参加者のフレイル予防実践後の平均点数(★)	14.98 点	14.95 点	14.89 点
一般介護予防事業について専門職の活用促進	関わった事業数	4	4	4

（★フレイル質問票 13～26 点・点数が高いほどリスクが高い）

目標の評価方法

- 時点

■中間見直しあり

□実績評価のみ

- 評価の方法

・参加者数が増加しているか。

（但し高齢者健康トレーニング教室は、参加者数に上限を設けたため維持できているかとする）

・体力測定結果が現状維持または改善されている人の人数を評価

元気はっけん広場…教室１回目と１１回目の測定結果と比較。

握力、開眼片足立ち時間、Timed up&go、５m歩行時間（通常・最大）等の項目について、厚生労働省「介護予防マニュアル改定版」に基づく５段階評価の平均値を用いて比較し、事前・事後で比較した数値が同じ(現状維持)または、増加(改善)の場合は「１」、減少(悪化)した場合は「－１」とし、全体の合計の値で評価。

高　齢　者　健　康
トレーニング教室…教室１回目と７回目の測定結果と比較。

握力（左右)、開眼片足立ち時間、Timed up&go、５m歩行時間（最大)。評価方法は元気はっけん広場と同じ。

・シニアげんきポイント事業については、平均活動人数が増加しているか。

・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施については、参加者のフレイル予防実践後の平均点数。

・一般介護予防事業について専門職の活用促進については、次年度事業策定時に専門職の意見を取り入れた事業数。

取組と目標に対する自己評価シート

２－（２）

年度	令和６年度

前期（中間見直し）

実施内容

〇各事業実績

事業内容	指標	R6 年度目標	R6 年 9 月末 実績
元気はっけん広場	延べ参加者数	4,800 人	1,281 人
介護予防講師派遣事業	延べ参加者数	1,200 人	1,233 人
高齢者健康ﾄﾚｰﾆﾝｸﾞ教室	延べ参加者数	480 人	211 人
ｼﾆｱげんきﾎﾟｲﾝﾄ事業	平均活動人数	25 人	20 人
高齢者認知症予防脳トレーニング事業	延べ参加者数	120	0
高齢者スポーツ大会(10 月開催)	参加者数	130 人	117 人
通いの場の充実（一体化事業）（再掲）	参加者のフレイル予防実践後の平均点数(★)（★フレイル質問票 13～26 点・点数が高いほどリスクが高い）	14.98 点	14.90 点
一般介護予防事業について専門職の活用促進	関わった事業数	4	2

〇体力測定結果について

別紙、事業総括表

自己評価結果

自己評価　３

元気はっけん広場集合版は、事前申込制を撤廃したことにより参加人数の増加につながった。講師派遣事業は新規の通いの場ができた（４団体）ことで開催回数・人数ともに前年度同期比で２０回２９０人の増となった。シニアげんきポイント事業は、平均活動人数約１名減、平均活動回数約３回減となったが、活動受け入れ施設が１か所増え、新規登録者が３名増加した。また、体力測定結果について第２クールの参加者が維持・向上が低い結果となってしまい第３クールと第４クールの推移をみながら要因を探っていきます。評価として、上半期は目標値に届いていない事業があり、評価を３としましたが、下半期には目標達成する見込みです。

課題と対応策
元気はっけん広場（集合版）について定員を大幅に増加させたが、夏場は猛暑のため参加者が減少してしまった。 今後は参加者増加を目指し広報などの活動にも工夫が必要である。

後期（実績報告）

実施内容

〇各事業実績

事業内容	指標	R6 年度目標	R6 年度実績
元気はっけん広場	延べ参加者数	4,800 人	2, 688 人
介護予防講師派遣事業	延べ参加者数	1,200 人	2,640 人
高齢者健康ﾄﾚｰﾆﾝｸﾞ教室	延べ参加者数	480 人	418 人
ｼﾆｱげんきﾎﾟｲﾝﾄ事業	平均活動人数	25 人	19 人
高齢者認知症予防脳トレーニング事業	延べ参加者数	120	125
高齢者スポーツ大会(10 月開催)	参加者数	150 人	117 人
通いの場の充実（一体化事業）（再掲）	参加者のフレイル予防実践後の平均点数(★)（★フレイル質問票 13～26 点・点数が高いほどリスクが高い）	14.98 点	14.78 点
一般介護予防事業について専門職の活用促進	関わった事業数	4	5

〇体力測定結果について

・元気はっけん広場 … 第１クール　１２回開催　参加延べ人数６９９名　+１６０点
第２クール　１２回開催　参加延べ人数５８２名　＋１６９点
第３クール　１２回開催　参加延べ人数６７９名　＋１５３点
第４クール　１２回開催　参加延べ人数７２８名　＋１７３点

・高齢者健康トレーニング教室 … 第１クール　８回開催　参加延人数１４４名　+39
第２クール　８回開催　参加延人数１３６名　+43
第３クール　８回開催　参加延人数１３８名　+35

自己評価結果
自己評価　３ 　元気はっけん広場集合版は、人数制限を緩和し、事前申込制を撤廃したことにより参加人数が 159 人増加につながった。 　講師派遣事業は新規の通いの場ができた（４団体）ことで開催回数・人数ともに３６回５７６人の増となった。 　シニアげんきポイント事業は、活動受け入れ施設が１か所増え、新規登録者が８名増加した。 　一体化事業は１２か所の通いの場に訪問（２２回）し、延べ３３０名が参加した。１．２回ともに参加した方は１１７名で、参加者のフレイル予防実践後の平均点数は、１４．７８点だった。
課題と対応策
元気はっけん広場については、今年度から事前申し込みを撤廃し参加しやすい形式に変更し参加が増加したが、夏場は猛暑のため参加者が減少してしまった。 　引き続き、周知活動を強化し参加者数の増加を図る。

事業総括表

事業名：　元気はっけん広場（集合版）　第１クール

期間：　2024年4月8日（月）　～　2024年6月25日（火）
専門指導員：1名
補助員　　：4名
看護師　　：1名
体力測定員：4名

参加者：　参加実人数　84名　　参加延べ人数　692名

寒川町　元気はっけん広場（集合版）　第1クール　総括報告書

1．参加状況

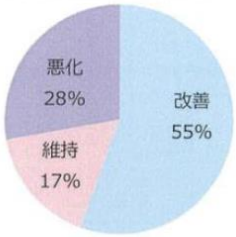
性別	男性：	26	名	女性：	42	名	合計：	84	名
年齢	～74歳：	17	名	75歳～：	67	名			

26番様　11回目の事後体力測定の開眼片足立ちの際に、よろめき転倒。右膝に軽く擦り傷を負う。
当日夕方、翌日お昼、1週間後の計3回にわたり聞き取りも、特に大きな外傷はなし。
（寒川町役場渡邉様にも6月17日時点で報告済みの件となります。）
※保険適用のご希望がなかったため、ご報告いたします。

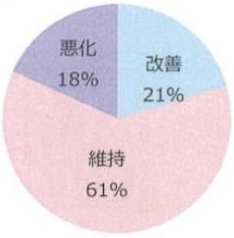
2．測定結果

体力測定

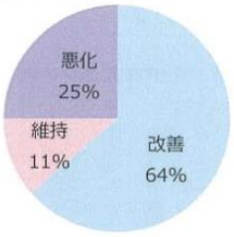
・【握力】測定者数：36
維持・改善率：　72.2%



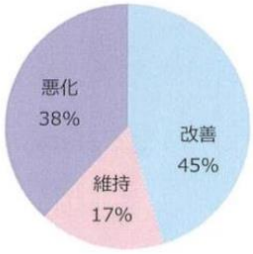
・【開眼片足立ち】測定者数：44
維持・改善率：81.8%



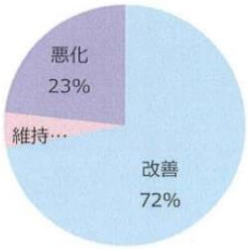
・【5m通常歩行】測定者数：44
維持・改善率：　75.0%



・【5m最大歩行】測定者数：42
維持・改善率：61.9%



・【Timed Up &Go】測定者数：43
維持・改善率：76.7%



事業総括表

事業名：　元気はっけん広場（集合版）　第２クール

期間：　2024 年 7 月 1 日（月）　～　2024 年 9 月 30 日（月）
専門指導員：1 名
補助員　　：2~4 名
看護師　　：1 名
体力測定員：4 名

参加者：　参加実人数　69 名　　参加延べ人数　582 名

寒川町　元気はっけん広場（集合版）　第2クール　総括報告書

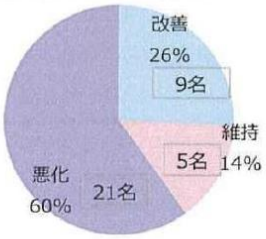
1．参加状況

性別	男性：	22	名	女性：	47	名	合計：	69 名
年齢	～74歳：	13	名	75歳～：	56	名		

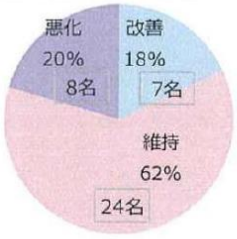
2．測定結果

体力測定

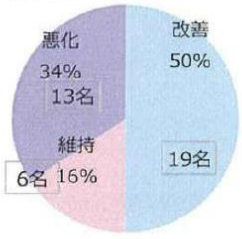
・【握力】測定者数：35
維持･改善率：　40.0%



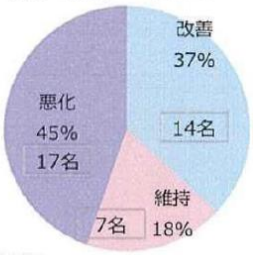
・【開眼片足立ち】測定者数：39
維持･改善率：79.5%



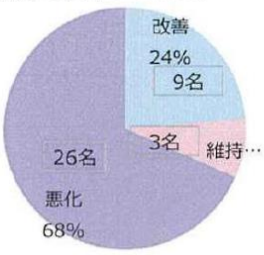
・【５m通常歩行】測定者数：38
維持･改善率：　65.8%



・【５m最大歩行】測定者数：38
維持･改善率：55.3%



・【Timed Up &Go】測定者数：38
維持･改善率：31.6%



事業総括表

事業名：　元気はっけん広場（集合版）　第３クール

期間：　2024年10月7日（月）　～　2024年12月23日（月）
専門指導員：1名
補助員　　：3~4名
看護師　　：1名
体力測定員：4名

参加者：　参加実人数　81名　　参加延べ人数　679名

寒川町　元気はっけん広場（集合版）　第3クール　総括報告書

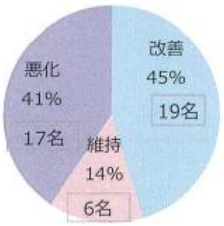
1．参加状況

性別	男性：	26	名	女性：	55	名	合計：	81	名
年齢	～74歳：	18	名	75歳～：	63	名			

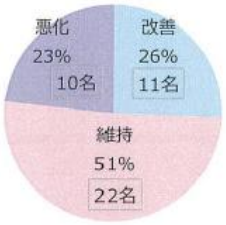
2．測定結果

体力測定

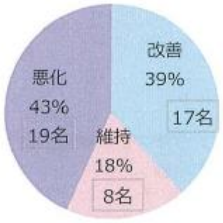
・【握力】 測定者数：42
維持・改善率：　59.5%



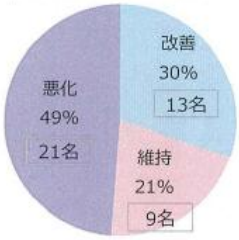
・【開眼片足立ち】 測定者数：43
維持・改善率：　76.7%



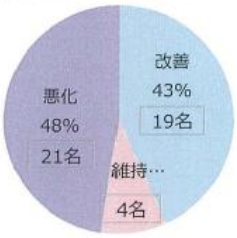
・【５m通常歩行】 測定者数：44
維持・改善率：　56.8%



・【５m最大歩行】 測定者数：43
維持・改善率：　51.2%



・【Timed Up &Go】 測定者数：44
維持・改善率：　52.3%



事業総括表

事業名：　元気はっけん広場（集合版）　第４クール

期間：　2025年１月６日（月）　～　2025年３月24日（月）
専門指導員：１名
補助員　：3~4名
看護師　：１名
体力測定員：４名

参加者：　参加実人数　83名　　参加延べ人数　728名

寒川町　元気はっけん広場（集合版）　第4クール　総括報告書

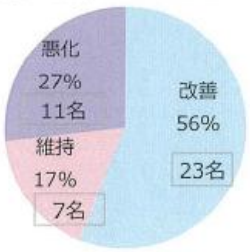
1．参加状況

性別	男性：	27	名	女性：	56	名	合計：	83 名
年齢	～74歳：	17	名	75歳～：	66	名		

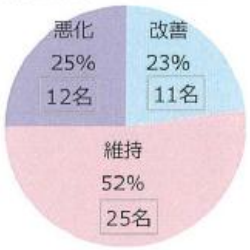
2．測定結果

体力測定

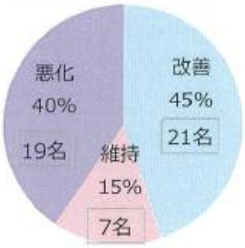
・【握力】測定者数：41
維持・改善率：　73.2%



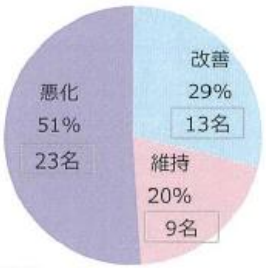
・【開眼片足立ち】測定者数：48
維持・改善率：75.0%



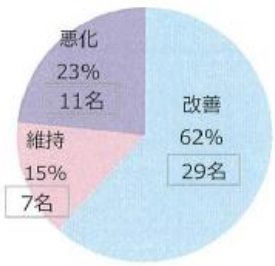
・【５m通常歩行】測定者数：47
維持・改善率：　59.6%



・【５m最大歩行】測定者数：45
維持・改善率：48.9%



・【Timed Up &Go】測定者数：47
維持・改善率：76.6%



取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

3　高齢者の地域生活支援の充実　　9次計画書 P35

タイトル	（1）情報提供・相談体制の充実

現状と課題

高齢者やその家族がサービスを十分に活用するために、サービスの情報を行きわたらせ各種相談に応じることができる体制を充実させる。

第9次における具体的な取組

・地域包括支援センター運営事業
・民生委員児童委員活動事業（福祉課事業）
・制度周知・広報等の充実

目標（事業内容、指標等）

・地域包括支援センター運営事業

高齢者に対する総合的な相談支援・権利擁護事務、地域における連携共同の体制づくりのために、地域包括支援センターを設置・運営し、北部公民館における出張相談を週1回、南部公民館については南部相談室を平日にそれぞれ開く。

・民生委員児童委員活動事業（福祉課事業）

地域の身近な相談相手として活動し、また、専門的な相談については、各種専門機関へ案内をする。

・制度周知・広報等の充実

介護保険制度を理解したうえで適切に利用していただくために、パンフレット類について作成・購入する。

また、各年度の介護保険料決定通知や資格取得した方へ地域包括支援センターの更なる周知のためチラシを同封する。

目標の評価方法

● 時点

□中間見直しあり

■実績評価のみ

● 評価の方法

地域包括支援センターにおける相談件数(支援件数)

指標	R6年度	R7年度	R8年度
相談件数	10,242件	10,857件	11,508件

独居高齢者訪問件数及び適切な機関へ繋げた割合

指標	R6年度	R7年度	R8年度
割合（%）	47.9%	49.1%	50.3%

取組と目標に対する自己評価シート

３－１

年度	令和６年度

前期（中間見直し）

実施内容
自己評価結果
課題と対応策

後期（実績評価）

実施内容

地域包括支援センターにおける相談件数(支援件数)

指標	R6 年度（計画）	R6 年度（実績）
相談件数	10,242 件	11,179 件

独居高齢者訪問件数及び適切な機関へ繋げた割合

指標	R6 年度（計画）	R6 年度（実績）
割合（%）	47.9%	45.7%

自己評価結果

自己評価　４

相談件数の増は、高齢者が住み慣れたまちのなかでその人らしく生活できるように介護や福祉についての総合的な相談窓口を担う機関として町民が困難を抱えたときに身近な相談窓口があるという安心感につながった。

課題と対応策
【課題】 　高齢者ガイドなど啓発のパンフレットを高齢介護課の窓口で自由に閲覧したり持ち帰ったりできるようにしていたが、町役場のブランディングの関係からこの手法が取れなくなった。被保険者がサービスを知るためのさまざまな機会を作っていく必要がある。 【対応策】引き続き、独居高齢者訪問等をとおして、必要な機関（介護・医療・福祉・生活支援・住宅支援・地域包括支援センターなど）へ適切につなぎ、「適切なサービス網へ橋渡し」を実現できているかを定量的に評価していく。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

3　高齢者の地域生活支援の充実　　9次計画書 P36

タイトル	（2）日常生活の支援

現状と課題
高齢者人口の推計を見ると、前期高齢者（65～74歳）は令和3年度以降減少し、一方で後期高齢者（75歳以上）は依然として増加していく見通しとなっており、高齢者人口は増加していく見込みである。 今後も引き続き、高齢者が日常生活を安心して送れるように生活環境の利便性を整えることが必要となる。
第9次における具体的な取組
・給食サービス事業 ・生活管理指導短期宿泊事業 ・ねたきり老人等戸別じん芥収集事業
目標（事業内容、指標等）
・給食サービス事業 ひとり暮らし高齢者及び高齢者世帯のうち、食事の支度が困難な高齢者世帯等に対し、昼食の配達をし、併せて安否確認を行う。 ・生活管理指導短期宿泊事業 社会的理由等で養護する必要がある高齢者に施設への短期入所を通じて生活改善を目的とした支援を行う。 ・ねたきり老人等戸別じん芥収集事業 一般廃棄物を集積所まで搬出することが困難なねたきり高齢者世帯等に対して、戸別に収集に伺い、併せて安否確認を行う。
目標の評価方法
● 時点 □中間見直しあり ■実績評価のみ ● 評価の方法 ・事業ごとに、申請数に対する対応数で評価する。

取組と目標に対する自己評価シート

３－２

年度	令和６年度

前期（中間見直し）

実施内容
自己評価結果
課題と対応策

後期（実績評価）

実施内容

	申請数	対応数
①　給食サービス事業	3,743 件	3,743 件
②　生活管理指導短期宿泊事業	7 件	7 件
③ねたきり老人等戸別塵芥収集事業	5,854 件	5,854 件

自己評価結果

自己評価　4

① 給食サービス事業・・・登録者数 75 人による利用があり、ニーズ対応及び安否確認を実施した。
② 生活管理指導短期宿泊事業・・・養護する必要性のある案件で、事業を通じて施設入所につなげた。
③ ねたきり老人等戸別塵芥収集事業・・・登録世帯数 107 世帯による利用があり、ニーズ対応及び安否確認を実施した。

課題と対応策

今後も引き続き、高齢者が日常生活を安心して送れるように生活環境の利便性を整えることが必要となるため、日常生活の支援（安否確認）の充実を図る。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

3　高齢者の地域生活支援の充実　　9次計画書 P37

タイトル	（3）安心・安全の確保

現状と課題
高齢者が住み慣れた地域で継続して安心して暮らせるよう、安全を確保できる体制を整備する。また、感染症対策についても関係課等と情報共有し、連携を図る。
第9次における具体的な取組
・老人保護措置事業 ・ひとり暮らし老人緊急通報システム事業 ・認知症等高齢者行方不明 SOS ネットワーク事業 他　課 　福祉課　　避難行動要支援者支援事業 　町民安全課　防災対策事業
目標（事業内容、指標等）
・老人保護措置事業 　身寄りが無く経済的にも生活が困難で、身体的には自立している独居高齢者等の不安の解消や安定した生活の場の提供等を行う。 ・ひとり暮らし老人緊急通報システム事業 　慢性疾患があり、日常生活を過ごすことに不安がある独居老人に対し、緊急事態発生時に迅速な救援体制が取れるように緊急通報システムを貸与する。 ・認知症等高齢者行方不明 SOS ネットワーク事業 　行方不明になる恐れのある高齢者を登録することにより、登録者が行方不明になった場合に関係機関が情報を共有し、早期発見に努め、登録者の生命と安全を守る。（茅ケ崎市との共同事業） ・避難行動要支援者支援事業 　災害時に一人では避難できない方々を対象に、要支援者として把握し、自治会や民生委員と連携を取り、見守り体制の充実を図る。 ・防災対策事業 　自主防災組織や近隣住居者等との連携のもと、災害時に要支援者が迅速かつ安全に避難等されるように防災訓練等の充実を図る。

目標の評価方法
● 時点 □中間見直しあり ■実績評価のみ ● 評価の方法 ・事業ごとに、申請数に対する対応数で評価する。

取組と目標に対する自己評価シート

３－３

年度	令和６年度

前期（中間見直し）

実施内容
自己評価結果
課題と対応策

後期（実績評価）

実施内容

	申請数	対応数
① 老人保護措置事業	2 人	2 人
② 緊急通報システム	2 人	2 人
③ 認知症等高齢者行方不明 SOS ﾈｯﾄﾜｰｸ	15 人	15 人

自己評価結果
自己評価　４ 令和７年３月３１日現在 ① 老人保護措置事業 　　措置者数　9 人（町内施設 9 人　町外施設 0 人） ② 緊急通報システム 　新規 2 人、撤去 1 人（内　死亡 1 人） 　　登録者数　9 人 ③ 認知症等高齢者行方不明 SOS ネットワーク 　新規 15 人、解除 19 人（死亡 15 人、転出 4 人） 　　登録者数　69 人
課題と対応策
高齢化率の上昇に対する体制整備として、適切な措置の実施や緊急通報システムの設置を行うとともに増加傾向にある行方不明高齢者の早期発見のために SOS ネットワークの強化を行う。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

3　高齢者の地域生活支援の充実　　9次計画書 P38

タイトル	（4）介護家族支援

現状と課題
日常生活圏域ニーズ調査において、「町が取り組むべき高齢者の施策として、充実させてほしいこと」の問いに対し、「高齢者を介護している家族等への支援」の回答の割合が34.8%と「在宅の高齢者を支える福祉サービス」(57.7%)、「特別養護老人ホームや老人保健施設の整備」(39.9%）に次いで高く、高齢者を介護している家族等の負担の高さがうかがえる結果となった。家族介護の負担を補い要支援者・要介護者とその家族が安心して日常生活を送ることができるよう環境を整えていく。
第9次における具体的な取組
・家族介護教室の開催 ・寝たきり高齢者等おむつ代助成
目標（事業内容、指標等）
・家族介護教室の開催 家庭において家族を介護する方が、より安心して介護にのぞめるよう、適切な介護を行うための知識・技術を習得する機会として開催。 ・寝たきり高齢者等おむつ代助成 介護家族の経済的負担軽減を図るため、常時おむつを必要とする在宅の高齢者等を介護している世帯に費用の助成をする。
目標の評価方法
● 時点 □中間見直しあり ■実績評価のみ ● 評価の方法 ・家族介護教室の開催 計画どおりの開催により評価 ・寝たきり高齢者等おむつ代助成 申請に対する対応数で評価

取組と目標に対する自己評価シート

３－４

年度	令和６年度

前期（中間見直し）

実施内容
自己評価結果
課題と対応策

後期（実績評価）

実施内容

【家族介護教室の開催】

	目標	実績
開催回数	1 回	1 回
延べ参加者数	20 人	16 人

満足度：期待通り 15 人、無回答 1 人／16 人中

【寝たきり高齢者等おむつ代助成】

申請数（月合計）と対応数

第１四半期	第２四半期	第３四半期	第４四半期	総対応数
161	150	161	153	625

自己評価結果

自己評価　4

・家族介護教室

テーマ「エンディングノートを書いてみませんか」参加者１６名

・寝たきり高齢者等おむつ代助成

延べ申請数 625 件（申請者 81 人）の利用があった。

申請に対する支払い処理件数割合は 100%であり、ニーズ対応できた。

課題と対応策

・家族介護教室については、高齢者を介護している家族の身体的・精神的負担の軽減を図るため、内容の実用性、参加のしやすさを軸にテーマを検討する。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

3　高齢者の地域生活支援の充実　　9次計画書 P39

タイトル	（5）権利擁護

現状と課題
要支援・要介護認定者の推移を見ると、令和6年以降も増加していくことが見込まれる。 それに伴い、認知症等により判断能力が不十分な高齢者も増加すると見込まれる。 そのような高齢者の方が安心して暮らせるよう、高齢者の権利を守る必要がある。
第9次における具体的な取組
・成年後見制度利用支援事業
目標（事業内容、指標等）
・成年後見制度利用支援事業 　認知症等により判断能力が不十分で、親族や身寄りがいない等の理由により、成年後見制度を利用することが困難な方に対して、町長が本人や親族等に代わって、後見人の申立てを行う。 　また、経済的な理由から、申し立てに要する費用や後見人への報酬を支払うことが困難な方には、費用の一部を助成する。
目標の評価方法
● 時点 □中間見直しあり ■実績評価のみ ● 評価の方法 ・申請数に対する対応数で評価する。

取組と目標に対する自己評価シート

3－5

年度	令和6年度　権利擁護

前期（中間見直し）

実施内容
自己評価結果

課題と対応策

後期（実績評価）

実施内容
前年度継続案件は２件、今年度新規申請が１件あり、後見人等（弁護士１件、社会福祉士２件）が年度中に決定。（内１件は後見業務開始前に対象者が死亡）また、費用の一部を助成する成年後見制度利用支援事業については、１１件の利用があった。
自己評価結果
自己評価　４ 申請に対して対応できている状況にある。
課題と対応策
今後、後見人が必要な高齢者の増加が見込まれ、相談件数の増加が予想される。また、困難ケースも増加するため包括支援センターや社会福祉協議会等と連携を密にしていく必要がある。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

4　高齢者の社会参加の促進　　9次計画書 P40

タイトル	（1）社会参加・交流の促進

現状と課題

高齢者は年々増加傾向あり、引退後も働くことが可能な高齢者、働くことを希望する高齢者においても増加傾向にある。高齢者の社会参加と交流の促進の重要な役割を果たしている、シルバー人材センターやシニアクラブはその一環として多くの高齢者に活動の場を提供していますが、近年、参加者が減少している。

積極的に地域社会への接触を増やしていくことで社会からの孤立を防止するためにも、シルバー人材センターやシニアクラブの活動や参加者の増加が課題である。

第9期における具体的な取組

・シルバー人材センターの支援
　高齢者が社会参加や社会貢献する場や生きがい確保のためにシルバー人材センターの機能充実・支援を推進する。
・シニアクラブの育成
　会員相互の親睦や地域での生きがいと健康づくり推進のため、シニアクラブ連合会及び各シニアクラブを支援する。
・ふれあいセンターの管理運営
・敬老金支給事業

目標（事業内容、指標等）

・・シルバー人材センターの支援

指標	R6 年度	R7 年度	R8 年度
活動延べ人数	36,000 人	37,000 人	38,000 人

・シニアクラブの育成

指標	R6 年度	R7 年度	R8 年度
参加延べ人数	4,900 人	4,950 人	5,000 人

指標	R6 年度	R7 年度	R8 年度
活動している単位クラブ数	13	14	15

・ふれあいセンターの管理運営
ふれあいセンターの適切な管理に努め、高齢者の豊かな経過や知識を活かした事業の実施で健康づくりの推進や生きがいづくりの支援をし介護予防促進を図る。

・敬老金支給事業
敬老の意を表するため、町が定める年齢の高齢者に対し、敬老金を支給。

目標の評価方法
● 時点 □中間見直しあり ■実績評価のみ ● 評価の方法 ・活動延べ人数 ・参加延べ人数 ・ふれあいセンターの適切な管理運営 ・敬老金支給率

取組と目標に対する自己評価シート

４－１

年度	令和６年度

前期（中間見直し）

実施内容
自己評価結果
課題と対応策

後期（実績評価）

実施内容
① シルバー人材センターの支援・・・補助金交付による支援。活動延べ人数 32,296 人 ② シニアクラブの育成・・・補助金の交付による支援。活動延べ人数 2,895 人 ③ ふれあいセンターの管理運営・・・指定管理による管理運営。サークル活動、パソコン教室等での利用人数 17,345 人・使用回数 1,886 回 ④ 敬老金支給事業・・・100 歳 4 人、99 歳 13 人、88 歳 220 人に敬老金を支給
自己評価結果
自己評価　3 ①については、指標の活動延べ人数を下回っており、新型コロナウイルス感染防止による活動抑制から人数が減少し、時代の多様化の影響等も含め人数が回復していない ②については、指標の活動延べ人数を下回っているが、前年度と比較し増加した。新型コロナウイルス感染防止による活動抑制から人数が減少し、時代の多様化の影響等も含め人数が回復していない ③については、多くの高齢者に利用されており、特段苦情もなく管理されている ④については、施設入所されている対象者等も含め支給した
課題と対応策
①②については、それぞれの組織において、会員の減少がみられるが、協力体制を強化し、会員数の増加を図り、入会者が増加するような魅力ある組織となるよう支援していく ③④については、継続して事業を進めていく

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

5　介護保険サービスの適切な運営　　9次計画書 P41

タイトル	（1）介護サービス・介護予防サービス

現状と課題
介護給付費は全体的に増加傾向にあり、受給者増加により今後も増加すると考えられる。
第9期における具体的な取組
高齢者の増加に伴い認定者数も増加し、介護サービスの利用量も増大すると考えられる。状態に応じた適切な介護サービスが提供できるよう、必要な財源を確保し、安定した制度運営を行う。
目標（事業内容、指標等）
各サービスの給付費の実績が計画値内にあること。
目標の評価方法
● 時点 ■中間見直しあり □実績評価のみ ● 評価の方法 ・計画値と実績値の比較

取組と目標に対する自己評価シート

５－（１）

年度	令和６年度

前期（中間見直し）

実施内容
別添参照
自己評価結果
自己評価　４ 別添参照 給付費全体の実績値は、計画値の 96.9%となっている。 受給率の比較については、今の時点ではおおむね計画どおり推移している。 今後も引き続き、各サービスの計画値と実績値の乖離状況を確認、分析して、利用者のニーズの変化を的確に把握していくことが課題と考えられる。
課題と対応策
ほぼ計画のとおりとなっている。

後期（実績評価）

実施内容
別添参照
自己評価結果
自己評価　４ 別添参照 受給率の比較 サービスを利用する場合にはケアマネジャーにサービス利用計画を立ててもらう必要があることから、「介護予防支援・居宅介護支援」の利用状況で、全体の利用状況を推測。 計画　全認定者のうち 54.6%の人がサービスを利用 実績　令和７年３月末時点認定者のうち 52.9%の人がサービスを利用 受給率の実績値は、計画値の 95.2%となっている。
課題と対応策
ほぼ計画値のとおりとなっている。

サービス見込量の進捗管理のための作業シート

計画値：令和6年度、実績値：令和7年3月末

ステップ１：認定率の比較

（%）

		計画値	実績値	差異	差異について考えられる要因やその確認方法
要介護認定率		17.3%	18.0%	-0.7%	
年齢階級	前期高齢者	4.1%	4.4%	-0.3%	
	後期高齢者	27.9%	27.9%	0.0%	

ステップ２：受給率の比較

（%）

サービス名		計画値	実績値	差異	差異について考えられる要因やその確認方法
居宅サービス	訪問介護	2.5%	2.4%	0.1%	
	訪問入浴介護	0.5%	0.3%	0.1%	
	訪問看護	2.9%	2.9%	0.0%	
	訪問リハビリテーション	0.3%	0.2%	0.1%	
	居宅療養管理指導	2.7%	2.9%	-0.2%	
	通所介護	2.5%	2.7%	-0.2%	
	通所リハビリテーション	1.4%	0.9%	0.5%	
	短期入所生活介護	0.7%	0.7%	0.0%	
	短期入所療養介護（老健）	0.2%	0.1%	0.1%	
	福祉用具貸与	6.7%	7.0%	-0.4%	
	特定施設入居者生活介護	0.7%	0.7%	0.0%	
地域密着型サービス	小規模多機能居宅介護	0.1%	0.1%	0.0%	
	認知症対応型共同生活介護	0.3%	0.3%	0.0%	
	地域密着型通所介護	1.1%	1.1%	0.1%	
施設サービス	介護老人福祉施設	1.4%	1.4%	0.0%	
	介護老人保健施設	0.9%	0.9%	0.0%	
	介護医療院	0.0%	0.0%	0.0%	
介護予防支援・居宅介護支援		9.5%	9.7%	-0.3%	

ステップ３：受給者1人あたり給付費の比較

（円）

サービス名		計画値	実績値	差異	差異について考えられる要因やその確認方法
居宅サービス	訪問介護	86,630	87,478	-848	
	訪問入浴介護	73,749	68,101	5,648	
	訪問看護	36,610	34,891	1,719	
	訪問リハビリテーション	36,775	37,021	-247	
	居宅療養管理指導	13,639	14,010	-372	
	通所介護	85,181	80,057	5,124	
	通所リハビリテーション	66,319	70,047	-3,729	
	短期入所生活介護	94,416	90,028	4,387	
	短期入所療養介護（老健）	126,199	88,765	37,434	受給者1人あたりの利用日数が減少したため計画を下回ったと考えられる。
	福祉用具貸与	12,317	12,404	-86	
	特定施設入居者生活介護	191,098	181,166	9,932	
地域密着型サービス	小規模多機能居宅介護	149,181	171,100	-21,918	介護度の高い利用者が多かったため、計画値を上回ったと考えられる。
	認知症対応型共同生活介護	274,426	240,226	34,200	介護度の高い利用者が減少したため、計画値を下回ったと考えられる。
	地域密着型通所介護	61,389	53,562	7,827	
施設サービス	介護老人福祉施設	273,496	264,090	9,406	
	介護老人保健施設	307,421	280,251	27,170	介護度の高い利用者が減少したため、計画値を下回ったと考えられる。
	介護医療院	380,729	388,040	-7,310	
介護予防支援・居宅介護支援		12,838	11,977	861	

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

5　介護保険サービスの適切な運営　　9次計画書 P43

タイトル	（2）地域支援事業

現状と課題

本町の総人口は、増減を繰り返しており、令和５年に 49,135 人となっています。一方で高齢者人口は年々増加し、高齢化率も緩やかに増加しており、令和５年に 27.5%となっています。高齢者人口の内訳をみると、前期高齢者（65～74 歳）は令和３年以降減少し、令和５年に 6,284 人となっています。一方で後期高齢者（75 歳以上）は年々増加し、令和５年に 7,223 人となっており、令和４年以降は後期高齢者の人数が前期高齢者の人数を上回っています。

また、高齢者が在宅生活を継続するためには、高齢者自身の健康状態はもとより、家族など高齢者を取り巻く状況の違いにかかわらず、さまざまな生活支援事業が途切れることなく実施されることが必要です。

そして、団塊世代のすべてが後期高齢者となる令和７年を迎えるにあたり、介護サービスの利用者数や利用量は、ますます増加していくものと見込まれることから、高齢者が住み慣れた地域で、健康でいきいきとした生活を送ることができるよう、介護保険制度の持続可能性の確保や、受給環境の整備を図る必要があります。

第９次における具体的な取組

地域の高齢者が要介護・要支援状態となることを予防するとともに、要介護状態となった場合でも、可能な限り地域で自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として地域支援事業を実施する。

・介護予防・日常生活支援総合事業
・一般介護予防事業（別シート 2－2 参照）
・包括的支援事業（別シート 1－1、1－2、1－3、1－4、3－1 参照）
・任意事業（一部別シート 1－2、3－3、3－4、3－5 参照）

目標（事業内容、指標等）

・訪問型サービス

要支援者等の居宅を訪問し、食事や入浴の介助、掃除、洗濯等のサービスを提供します。

	区分等	R6 年度	R7 年度	R8 年度
介護予防訪問型サービス	回／月	553	576	587
	人／月	98	102	104
訪問型サービスＡ	回／月	48	48	48
	人／月	12	12	12

・介護予防通所型サービス

要支援者等を対象に、旧介護予防通所介護に相当するサービスでは、日常生活上の支援や生活行為向上のための支援を行います。

区分等	R6 年度	R7 年度	R8 年度
回／月	1,407	1,460	1,489
人／月	240	249	254

・介護予防ケアマネジメント
要支援者又は事業対象者の状況に応じてケアプランを作成し、計画に基づいたサービスが利用できるよう支援を受けられる。

区分等	R6 年度	R7 年度	R8 年度
人／月	181	188	191

目標の評価方法

- 時点
  □中間見直しあり
  ■実績評価のみ
- 評価の方法
  ・介護予防・生活支援サービス事業給付実績の確認

取組と目標に対する自己評価シート

５－２

年度	令和６年度

前期（中間見直し）

実施内容
自己評価結果
課題と対応策

後期（実績報告）

実施内容
・介護予防訪問型サービスの実施　　・訪問型サービスＡの実施 ・介護予防通所型サービスの実施　　・介護予防ケアマネジメントの実施
自己評価結果
自己評価　４ ・介護予防訪問型サービスの件数（見込み）（回／月）553、（人／月）98 →（実績）（回／月）475、（人／月）93（85%、94%） ・訪問型サービスＡの件数（見込み）（回／月）48、（人／月）12 →（実績）（回／月）4、（人／月）2（8%、16%） ・介護予防通所型サービスの件数（見込み）（回／月）1,407、（人／月）240 →（実績）（回／月）1,429、（人／月）254（101%、105%） ・介護予防ケアマネジメントの件数（見込み）（人／月）181→（実績）（人／月）151(83%)
課題と対応策
概ね計画値の範囲内にある。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

5　介護保険サービスの適切な運営　　9次計画書 P45

タイトル	（3）必要なサービス量の確保および質の向上

現状と課題

本町の総人口は、増減を繰り返しており、令和５年に 49,135 人となっています。一方で高齢者人口は年々増加し、高齢化率も緩やかに増加しており、令和５年に 27.5%となっています。高齢者人口の内訳をみると、前期高齢者（65～74 歳）は令和３年以降減少し、令和５年に 6,284 人となっています。一方で後期高齢者（75 歳以上）は年々増加し、令和５年に 7,223 人となっており、令和４年以降は後期高齢者の人数が前期高齢者の人数を上回っています。

また、高齢者が在宅生活を継続するためには、高齢者自身の健康状態はもとより、家族など高齢者を取り巻く状況の違いにかかわらず、さまざまな生活支援事業が途切れることなく実施されることが必要です。

そして、団塊世代のすべてが後期高齢者となる令和７年を迎えるにあたり、介護サービスの利用者数や利用量は、ますます増加していくものと見込まれることから、高齢者が住み慣れた地域で、健康でいきいきとした生活を送ることができるよう、介護保険制度の持続可能性の確保や、受給環境の整備を図る必要があります。

第９次における具体的な取組

高齢者やその家族に対するサービス量の十分な確保に努めるとともに、サービスの質の向上に努める。

・地域密着型サービスの整備（指定・監督）
・包括的・継続的ケアマネジメント支援事業
・虐待防止と身体拘束の廃止に向けた取り組み
・事業者への立ち入り調査の実施

目標（事業内容、指標等）

・（介護予防）小規模多機能型居宅介護

「通い」を中心に、利用者の状況に応じて、訪問や宿泊を組み合わせた介護サービスを提供します。

区分等	R6 年度	R7 年度	R8 年度
人／月（介護）	14	15	15
人／月（予防）	3	3	3

・（介護予防）認知症対応型共同生活介護

認知症の状態にある要介護（支援）認定者について、共同生活を営むべき住居において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話および機能訓練を受けるサービスです。

区分等	R6 年度	R7 年度	R8 年度
人／月（介護）	34	37	37

・地域密着型通所介護
定員 18 人以下の小規模な通所介護施設で、要介護高齢者に対して、通所介護サービスを提供します。

区分等	R6 年度	R7 年度	R8 年度
人／月	152	161	168

・運営指導
地域密着型サービス以外の介護保険サービスについて、サービス事業者に対して、指導を実施し、介護サービスが適切かつ良質なものとして提供されるよう、必要に応じて監督をする。また、サービスの提供における契約が適正なものであることを確認していく。

実施数	R6 年度	R7 年度	R8 年度
回／年	5	5	5

目標の評価方法

- 時点
  □中間見直しあり
  ■実績評価のみ
- 評価の方法
  ・地域密着型（介護予防）サービス等事業給付実績、指導・監督実績の確認

取組と目標に対する自己評価シート

５－３

年度	令和６年度

前期（中間見直し）

実施内容
自己評価結果
課題と対応策

後期（実績報告）

実施内容
・（介護予防）小規模多機能型居宅介護の実施 ・（介護予防）認知症対応型共同生活介護の実施 ・地域密着型通所介護の実施 ・運営指導の実施
自己評価結果
自己評価　4 ・小規模多機能型居宅介護の件数（見込み）（人／月）14 →（実績）（人／月）17（121%） ・介護予防小規模多機能型居宅介護の件数（見込み）（人／月）3 →（実績）（人／月）3（100%） ・認知症対応型共同生活介護の件数（見込み）（人／月）34 →（実績）（人／月）33（97%） ・地域密着型通所介護の件数（見込み）（人／月）152 →（実績）（人／月）152（100%） ・実地指導件数（見込み）（回／年）5→（実績）（回／年）5（100%）
課題と対応策
概ね計画値の範囲内にある。

取組と目標に対する自己評価シート（フェイスシート）

5　介護保険サービスの適切な運営　　9次計画書 P46

タイトル	（4）円滑なサービスの提供

現状と課題

介護サービスの利用は、申請し、認定調査が行われ、調査結果や主治医意見書をもとに介護認定審査会で認定結果が決まる。認定結果が決定したら、ケアプランを作成し、サービス利用が開始となる。

末期がんや独居、高齢者夫婦世帯の申請が増え、必要時に直ちにサービスが受けられるように手続きの迅速化とともにサービス導入に向けての十分な説明が必要になってきている。

（現状として）

適切なサービス提供のために、ケアプラン点検事業を実施し、利用者の自立支援の促進や重度化防止、ケアプランを作成する介護支援専門員等の資質向上を図っている。

第9次における具体的な取組

サービスが必要な方が、適切なサービスを適切な時期に仕え、安心して住み慣れた場所で生活できるような取り組みを推進する。

・認定審査会委員研修の実施
・認定調査員研修の実施
・事務処理体制の充実
・住宅改修支援事業の実施
・介護給付適正化への取り組み
・介護サービス情報公表
・介護サービス等に関する苦情処理
・介護相談員派遣実施事業

目標（事業内容、指標等）

事業内容	指標	R6年度	R7年度	R8年度
認定調査員研修	参加回数	4回	4回	4回
申請から認定までの期間	日数	30日	30日	30日
住宅改修の点検	点検件数/住宅改修件数	166/166	166/166	178/178
県介護保険審査会への審査請求（＊）	件数	0件	0件	0件
介護給付適正化取り組み事業数	事業数	3	3	3

＊保険給付や保険料その他徴収金等について、町から説明を受けても不服がある場合に行う審査請求。

目標の評価方法
● 時点 ■中間見直しあり □実績評価のみ ● 評価の方法 ・認定調査員研修の参加 ・申請から認定までの日数 ・住宅改修の全件点検 ・県介護保険審査会への審査請求件数 ・介護給付適正化取り組み事業数

取組と目標に対する自己評価シート

５－（４）

年度	令和６年度

前期（中間見直し）

実施内容

事業内容	指標	R6 年度目標	R6 年 9 月末実績
認定調査員研修	参加回数	4 回	1 回
申請から認定までの期間	日数	30 日	33.8 日
住宅改修の点検	点検件数/住宅改修件数	166/166	78/78
県介護保険審査会への審査請求	件数	0 件	0 件
介護給付適正化取り組み事業	事業数	3	3

自己評価結果

自己評価　３

認定調査員研修は、上半期で 1 回実施した。下半期でも 3 回開催予定である。認定調査員の資質向上は、適切な介護給付には欠かせないものであり、今後も認定調査員の研修の充実に努めていく。

申請から認定までの期間は、目標の 30 日よりも過ぎてしまっている。超過してしまった理由としては主治医意見書の遅延によることが多い為、医療機関との調整を密にとることで意見書が早期に回収できるようにしていく。

住宅改修の点検も上半期で全件に行っており、目標を達成している。

課題と対応策

申請から認定までの期間の目標は 30 日である。30 日以上になってしまう場合の多くの理由は、主治医意見書の遅延が原因である。今後も主治医意見書の進捗状況について管理

し、医療機関と密に連絡を取ることで、主治医意見書の到着の遅延について対策をしていく。
　また高齢化社会の伴い、介護保険の利用を希望する人が増えることが想定され、認定調査や介護認定審査会の事務が増加することが予測できる。申請者のニーズの対応できるように業務管理をするとともに、マンパワーの充実も今後は必要であると考えられる。

後期（実績報告）

実施内容

事業内容	指標	R6 年度目標	R6 年実績
認定調査員研修	参加回数	4 回	3 回
申請から認定までの期間	日数	30 日	33.4 日
住宅改修の点検	点検件数/住宅改修件数	166/166	149/149
県介護保険審査会への審査請求	件数	0 件	0 件
介護給付適正化取り組み事業	事業数	3	3

自己評価結果

自己評価　4
認定調査員研修は日々の認定調査員業務を実施する中で、介護認定調査の適正化のために実施している。R6 年度の目標は 4 回のところ 3 回の実施となったが、特記事項の記載方法の統一、審査会委員への適切な情報提供の研修は実施できた。認定調査員の資質向上は、適切な介護給付には欠かせないものであり、今後も認定調査員の研修の充実に努めていく。
申請から認定までの期間は、目標 30 日であるが、主治医意見書の到着の遅延が主な要因であるが、申請者の申請後の入院や主治医の変更等も年々増えているのも要因と考えられる。
住宅改修の点検は、工事前後の現場写真を提出させ、確認を行っている。また、必要に応じてケアマネージャー等への聞き取りを行うなどの点検を行った。

課題と対応策

　申請から認定までの期間の目標は 30 日である。30 日以上になってしまう場合の多くの理由は、主治医意見書の遅延が原因である。今後も主治医意見書の進捗状況について管理し、医療機関と密に連絡を取ることで、主治医意見書の到着の遅延について対策をしていく。
　今後、介護保険の利用を希望する人が増えることが想定され、認定調査や介護認定審査会の事務が増加することが予測できる。申請者のニーズに対応できるよう業務管理体制を整え、マンパワーの充実も図っていく。