

あさぎり町高齢者福祉計画及び 第9期介護保険事業計画

令和6年度～令和8年度



みんなが、地域の人々とふれあいながら、
いきいきと安心して暮らすことが出来るまち

令和6年3月

あさぎり町

～ 目 次 ～

総論	
第1章 計画策定にあたって	1
第1節 計画策定の背景・主旨	1
第2節 国の動向や制度改正を踏まえた計画策定	4
1. 高齢者支援に関する国の主な動向	4
2. 計画策定に向けた地域特性の把握	5
第3節 計画の概要	6
1. 計画の法的根拠と位置づけについて	6
2. 計画の期間と目標	7
3. 日常生活圏域の設定	7
4. 住民参画による地域性を活かした計画策定	8
第2章 本町の高齢者を取り巻く状況	9
第1節 高齢者に関する現状・予測	9
1. 人口の推移と予測	9
2. 認定者数と認定率の推移	11
3. 高齢者世帯の推移	12
4. 介護給付費の推移	14
5. 認知症有病者数の予測	15
第2節 各種調査結果の概要	16
1. 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果の概要	16
2. 在宅介護実態調査結果の概要	21
3. 介護人材実態調査結果の概要	24
第3章 計画の目指す姿と取り組みの概要	26
第1節 計画の目指す姿	26
1. 基本理念	26
2. 基本目標	28
第2節 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取り組み	29
1. 主要施策の概要	29
2. 施策の体系	34
各論	
計画値の設定	36
第1章 健康寿命の延伸	38
第1節 高齢者の社会参加の促進	38
1. 主要施策の概要	38
2. 高齢者の就労支援と社会参加の促進	40
第2節 自立支援に向けた介護予防・日常生活支援総合事業の充実	41
1. 介護予防・日常生活支援総合事業の推進	41
2. 一般介護予防事業の推進	44
第3節 保健事業と介護予防の一体的実施の推進	46
1. 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）	46
2. 通いの場等への積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ）	48
第2章 認知症の予防と共生の推進	49
第1節 認知症への理解の普及・啓発と相談窓口の認知度向上の推進	49
1. 認知症サポーターの養成による理解の普及と活動につなげる取り組み	49
2. 認知症相談窓口の認知度向上に向けた取り組みの推進	50
第2節 認知症の予防の推進	51
1. 認知症の予防についての理解の促進	51
2. 早期発見・早期対応の充実と認知症予防事業の展開	51
第3節 認知症医療・ケア・介護サービスの推進	52
1. 認知症地域支援推進員と認知症初期集中支援チームの活動の活性化	52
2. 認知症ケアパス等を活用した普及・啓発活動の推進	53
第4節 認知症への対応力向上の推進、社会参加支援の推進、本人発信支援の推進	54
1. 介護従事者の認知症への対応力向上の推進	54
2. 若年性認知症の人への支援の推進	54
3. 認知症カフェの充実	55
4. 認知症の人の意思決定に基づく本人支援の推進	55
第5節 成年後見制度利用促進計画の推進と高齢者の虐待防止の推進	56
1. 成年後見制度利用促進計画の推進	56
2. 高齢者の虐待防止の推進	60
第3章 在宅でも安心して暮らせるための医療と介護の連携・在宅医療基盤の充実	62
第1節 在宅医療・介護連携の推進	62
1. 在宅医療・介護連携事業のPDCAサイクルの構築	62
2. 多職種連携体制づくりの推進	63

3. 在宅医療・介護の普及・啓発の推進	64
4. くまもとメディカルネットワークを活用した在宅医療と介護の促進	65
第2節 地域包括支援センターの機能強化と事業推進	66
1. 地域包括支援センターの機能強化	66
2. 包括的支援事業の推進	67
第3節 地域ケア会議の充実	68
1. 地域ケア会議の推進	68
2. 包括ケア会議（自立支援型地域ケア会議）の実施	68
3. 地域ケア会議を中核とした地域支援事業の連動性向上	71
第4章 住民の希望、地域の実情に応じた多様な住まい・サービス基盤の整備・活用	72
第1節 地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進	72
1. 住民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制づくり	72
2. 重層的支援体制整備事業の実施	73
3. 共生型サービスの普及に向けた取り組みの推進	74
第2節 高齢者福祉事業の推進	75
1. 生活管理短期宿泊事業の提供	75
2. 緊急通報体制整備事業（緊急通報システム）の提供	75
3. 見守りを含めた食の自立支援事業の提供	75
4. 家族介護支援事業の提供	76
5. 認知症対応型共同生活介護事業所家賃等助成事業の提供	76
第3節 高齢者の見守りネットワーク構築と生活支援サービスの提供	77
1. 生活支援体制整備事業の推進	77
2. 高齢者等世帯訪問の推進	78
3. ささえ愛福祉ネットワークによる見守りの推進	78
第4節 高齢者向け住まいの確保の推進	79
1. 高齢者の住まいの確保（養護老人ホーム等）	79
2. 有料老人ホーム等の県との情報共有	79
第5節 高齢者の移動手段の確保	80
1. デマンド交通事業等の推進	80
第6節 防災対策・感染症対策の推進	82
1. 防災対策の推進	82
2. 感染症対策の推進	82
第5章 多様な介護人材の確保・定着や介護サービスの質の確保・向上	83
第1節 介護給付費等適正化の推進	83
1. 要介護認定の適正化（適正化主要3事業①）	83
2. ケアプラン等の点検（適正化主要3事業②）	83
3. 医療情報との突合・縦覧点検（適正化主要3事業③）	85
第2節 多様な介護人材の確保・定着、介護サービスの質の確保・向上に向けた取り組みの推進	86
1. 多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みの推進	86
2. 介護サービスの質の確保・向上に向けた取り組みの推進	87
3. 介護サービスの充実	88
4. 情報提供体制の充実	88
5. 事業者の適切な指定、指導・監査の実施	88
第6章 介護保険事業に係る費用と保険料の算出	89
1. 認定者の状況と今後の予測	89
2. 介護保険サービス量の見込み	90
3. 必要利用定員総数の設定	104
4. 介護保険事業費の算出	105
5. 介護保険料の算出	109
6. 給付費と介護保険料の今後の予測	111
資料編	114
1. あさぎり町保健福祉総合計画策定委員会条例	114
2. あさぎり町保健福祉総合計画策定委員会（高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定部会）委員名簿	116

総論

第1章 計画策定にあたって

第1節 計画策定の背景・主旨

介護保険制度は、平成12年（2000年）に創設されてから24年が経過し、この間、予防・介護・医療・住まい・生活支援が一体的・継続的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築が進められてきました。

団塊の世代が75歳以上となる令和7年（2025年）が目前に迫る中、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年（2040年）に向けて、国はサービス基盤・人的基盤の整備、地域共生社会の実現、介護予防・健康づくり施策の充実・推進、認知症施策の推進、災害や感染症対策に係る体制整備といった指針を示し、「地域包括ケアシステム」の深化・推進を求めています。

一方、第8期計画の期間中は、新型コロナウイルス感染症の流行により、各施策の実施に当たり大きな影響を受けました。感染対策として外出自粛や家族・友人との交流機会の制限などが呼び掛けられたことなどにより、社会的孤立の進行や身体機能の低下などによる、高齢者の要介護リスクの増加が懸念されています。今後も引き続き感染対策には留意しつつ、これらの課題に対応するための介護予防の取り組みを体系的に推進する必要があります。

「あさぎり町高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画」では、第8期計画の方針を継承しながら、高齢者福祉分野のみならず、あらゆる分野との連携・協働を図り、「地域共生社会」の実現という大きな枠組みの中で、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるための「地域包括ケアシステム」の更なる深化・推進を図ります。そのためには、高齢者本人による取り組みである「自助」、地域における住民同士の支え合いである「互助」、介護保険制度や医療保険制度に代表される「共助」、行政による「公助」の仕組みが互いに補い合い、連携し合って、それぞれの役割を果たせるような体制づくりを進めていきます。

また、生きがい・就労の促進や健康づくりを通じて元気な高齢者を増やし、幅広い世代が地域の支え手として活躍できるように、多様な通いの場を拠点にした顔の見える地域の支え合いを推進するとともに、高齢者の尊厳を保持した自立支援や重度化防止に取り組みます。

本計画の目指す姿の実現に向けた基本理念及び5つの基本目標のもと、地域の関係機関等との連携を図り、各施策を推進していきます。

【介護保険制度の経過】

第1期 制度開始	平成12年度～平成14年度 全国平均 2,911円
● サービスを原則1割の負担をしながら利用する制度の開始 ● ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイ（在宅3本柱）の利用が増加	
第2期 制度定着	平成15年度～平成17年度 全国平均 3,293円
● 施設入所の適正化とケアマネジャー等の資質向上サービスの質の向上、在宅強化 ● 要支援、要介護1の軽度認定者の掘り起こしが進む	
第3期 制度改正	平成18年度～平成20年度 全国平均 4,090円
● 「量」から「質」、「施設」から「在宅」、そして地域ケアの視点を重視 ● 地域包括支援センターの設置と地域密着型サービスの提供開始	
第4期 予防の強化と地域福祉との連携	平成21年度～平成23年度 全国平均 4,160円
● 特定高齢者対策や介護予防、健康づくりの推進 ● 介護給付の適正化と事業所に対する制度内容の周知、助言及び指導、監督の適切な実施	
第5期 地域包括ケアシステムの構築	平成24年度～平成26年度 全国平均 4,972円
● 地域包括ケアシステムの構築に向けた、医療、介護、予防、生活支援、住まいの連携強化 ● 施設・居住系サービスの適正な整備に関する参酌標準（37%枠）の撤廃	
第6期 在宅医療・介護の連携と包括的支援	平成27年度～平成29年度 全国平均 5,514円
● 2025年までのサービス・保険料水準など中長期的な視野に立った施策の展開 ● 市町村の独自事業に位置付けられた介護予防・日常生活支援総合事業の導入	
第7期 介護予防・総合事業の開始と権限強化	平成30年度～令和2年度 全国平均 5,869円
● 新しい介護予防・日常生活支援総合事業の本格開始 ● 在宅医療・介護連携の強化や認知症施策の推進と地域ケア推進会議の設置 ● 保険者機能強化推進交付金（インセンティブ）の創設による評価の仕組みと責任の明確化	
第8期 人材確保と業務効率化、感染症対策	令和3年度～令和5年度 全国平均 6,014円
● 地域共生社会の実現 ● 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化 ● 災害や感染症対策に係る体制整備	

【保険者に求められる機能の変化】

第1～2期 介護保険制度の適切な運用

- 多くの保険者が法令に則った適切な運用を行うための体制づくりに注力。
- 普遍性の高い制度の基本設計もあり、比較的、標準化された地域の仕組みが構築された。

地域包括支援センターの創設

地域密着型サービスの導入

第3期以降 地域マネジメントに向けた体制・制度整備 (保険者の裁量の拡大)

- 地域密着型サービスの導入により、サービス基盤整備における市町村裁量が拡大され、地域マネジメントのツールを獲得。
- また地域包括支援センターの設立によって、それぞれの地域独自のマネジメント体制が構築された。

地域ケア会議・協議体の導入

地域包括ケア「見える化」システムの本格稼働

保険者機能強化推進交付金の導入

第7期以降 地域マネジメントのための具体的なツールの導入 (評価の仕組みとマネジメント責任の明確化)

- 各地域におけるアウトカムの「見える化」が進む中で、各保険者の成果や結果に対するマネジメント責任が重視される流れに。
- 地域ケア会議や協議体、地域包括ケア「見える化」システム等、より地域全体で地域マネジメントを進める体制の構築が進む。
- 各保険者の成果や結果に対するマネジメント責任が、保険者インセンティブ交付金に反映される。

第2節 国の動向や制度改革を踏まえた計画策定

1. 高齢者支援に関する国の主な動向

国は、第9期計画の策定に向けた基本方針として、社会福祉制度改革と介護保険制度改革の2つの大きな改革を軸とした「地域共生社会の実現と2040年への備え」を掲げています。

そのうち、介護保険制度改革の中では、3つの柱とその基盤となる保険者機能の強化、データ利活用のためのICT基盤整備を目指しています。

なお、その達成の評価とマネジメント責任として保険者機能強化推進交付金制度に基づき、市町村に自己評価が求められています。



※厚生労働省「介護保険法と「地域共生社会」「地域包括ケア」の位置づけについて」より（令和4年11月24日）

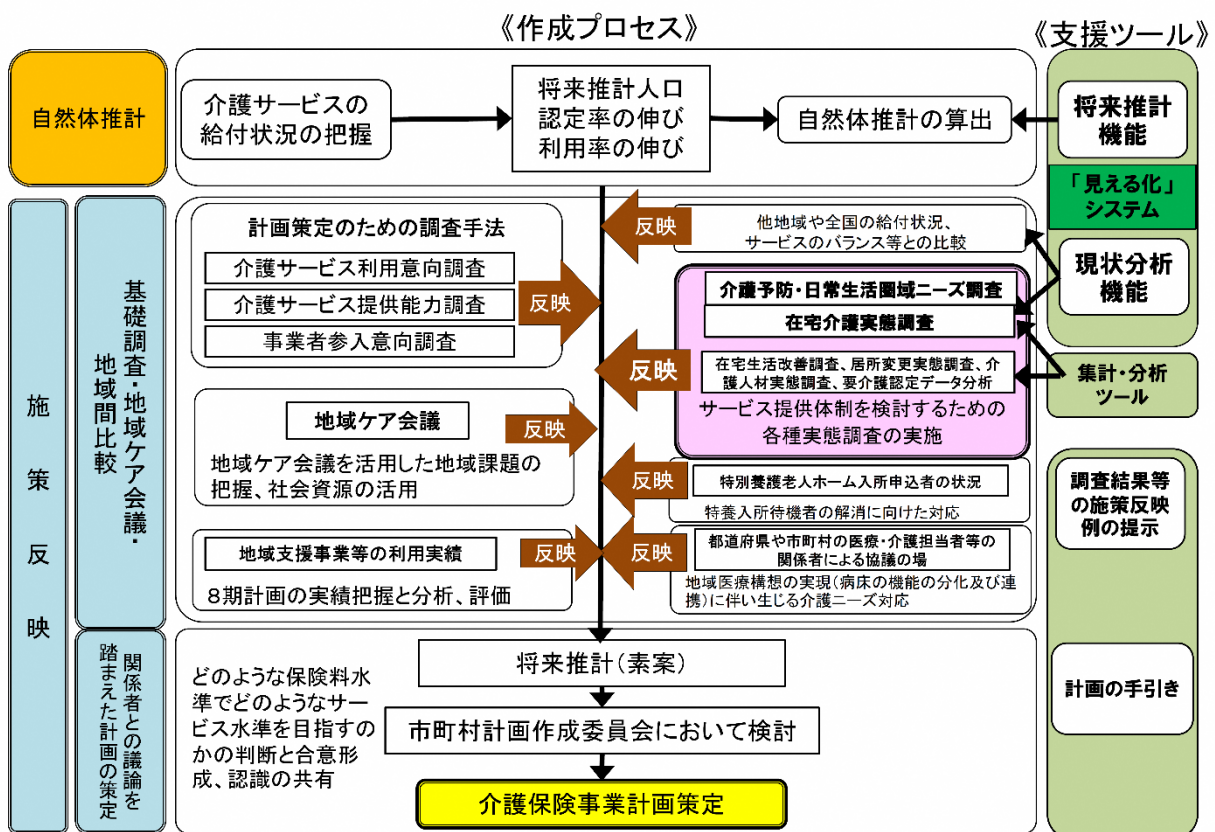
2. 計画策定に向けた地域特性の把握

高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者として地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取り組みを進めることが必要となります。

そのため、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査や在宅介護実態調査等における高齢者の生活実態及びニーズの把握や、地域包括ケア「見える化」システムにおける地域間比較による地域特性の把握、地域ケア会議、協議体など、地域から課題や特徴を抽出し、さまざまな角度からの視点による地域特性の把握を行います。

同時に、2040 年に向けた本町の状況を見据えた地域包括ケアのあり方について検討を行います。

第9期介護保険事業計画の作成プロセスと支援ツールイメージ



※厚生労働省「全国介護保険担当課長会議資料」より（令和5年7月31日）

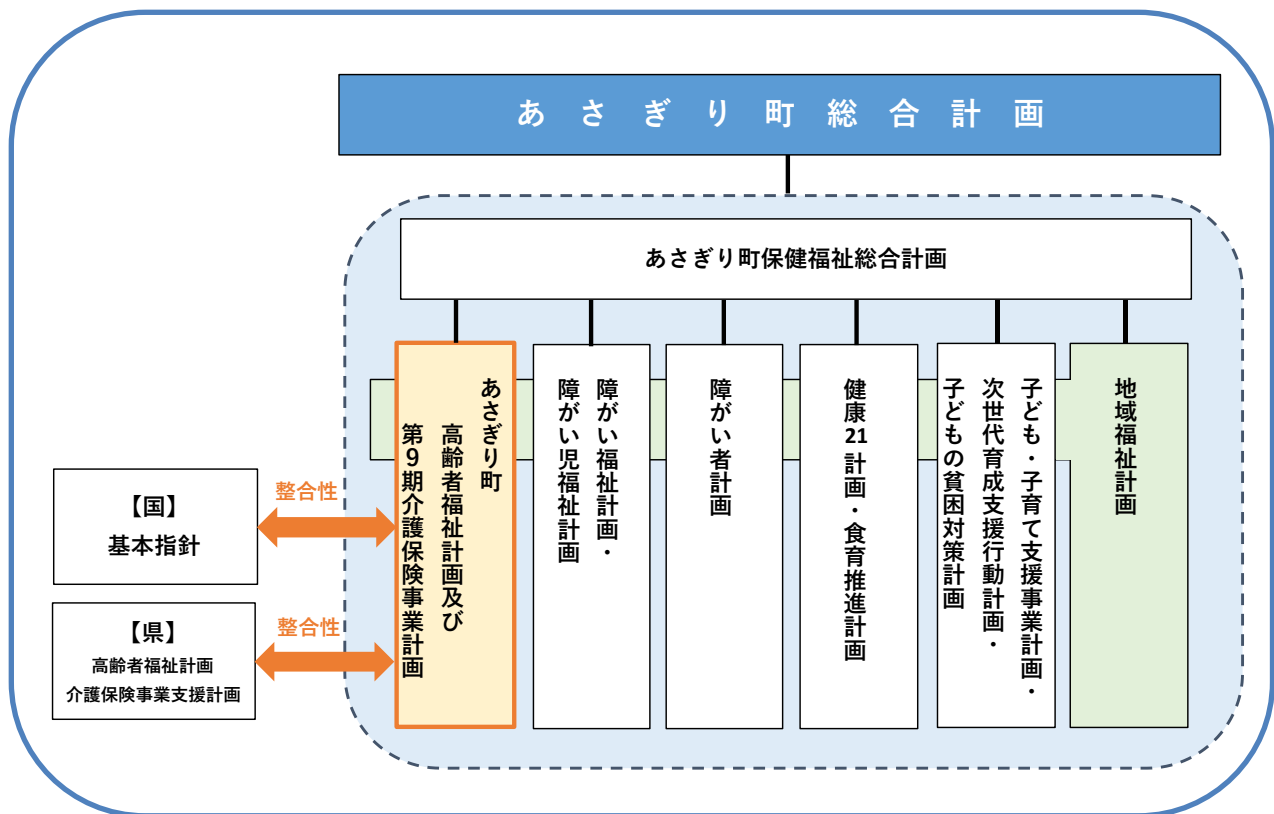
第3節 計画の概要

1. 計画の法的根拠と位置づけについて

本計画は、あさぎり町の最上位計画である「あさぎり町総合計画」の部門計画である「あさぎり町保健福祉総合計画」の実施計画として位置づけられ、主に高齢者を支える地域づくりを進める計画として策定します。

また、本計画は老人福祉法第20条の8第1項に基づく「市町村老人福祉計画」及び介護保険法第117条第1項に基づく「市町村介護保険事業計画」を一体のものとして策定するものです。

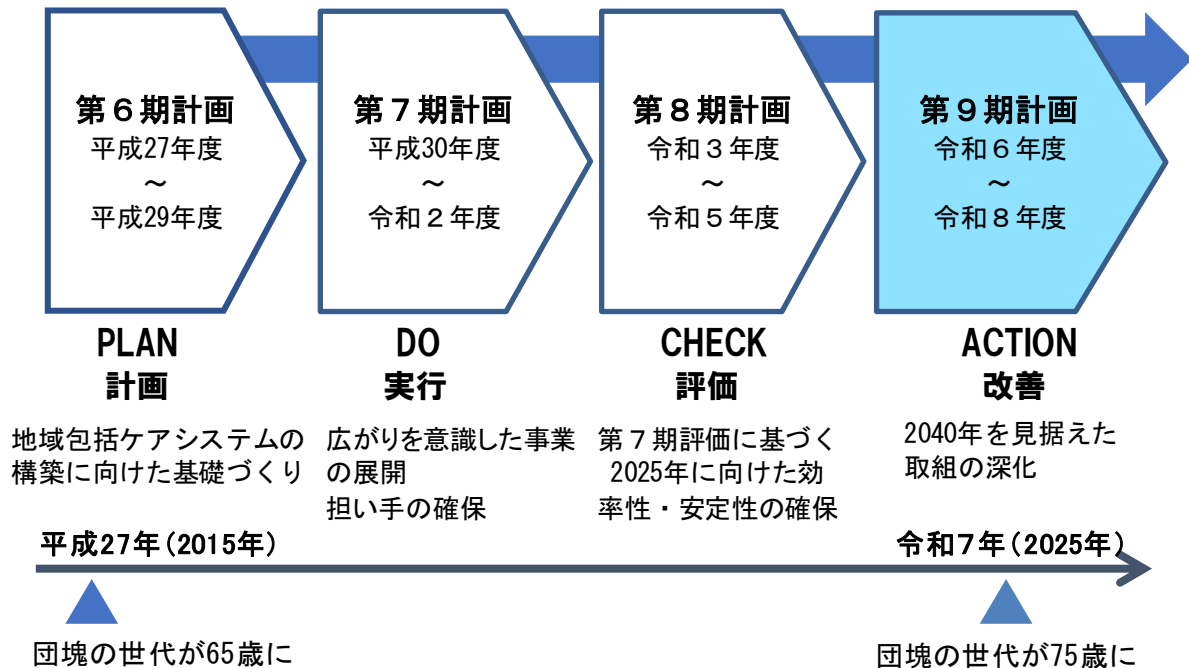
【計画の位置づけのイメージ】



2. 計画の期間と目標

団塊の世代が75歳に到達する令和7年（2025年）を見据え、地域包括ケアを構築していくための10年間の計画という位置づけを持ちつつ、介護保険法第117条第1項の規定に基づく、令和6年度から令和8年度までの3年間の計画期間とします。

また、地域包括ケアシステムの深化・推進を目指すための計画として、第8期計画期間において取り組んできた介護予防のまちづくりをさらに広げていくことを目標とします。



3. 日常生活圏域の設定

高齢者の生活を支える基盤を整備するには、日常の生活を営む地域においてさまざまなサービスを提供する拠点の整備が必要です。介護保険制度においては、市町村全体を単位として個々の施設を整備する「点の整備」ではなく、身近な生活圏域にさまざまなサービス拠点が連携する「面の整備」が求められています。

「日常生活圏域」の設定にあたっては、必要最小限の設定により本町のサービス供給のバランスをとり、利用者の利便性を高める枠組みが必要です。また、利用者のニーズに即した適切なサービス量を確保するためには、現在の枠組みを活用した柔軟なサービス利用が可能となる設定が求められます。

本町においては、第8期計画に引き続き、町全体を一つの「日常生活圏域」と設定します。介護サービスを求める一人ひとりが地理的条件や交通等の利便性を確保しつつ、各事業者が提供するサービス内容を十分に吟味しながら自己決定できる、選択の幅の広い枠組みを目指すものとします。

4. 住民参画による地域性を活かした計画策定

本計画策定に向けて行った主な取り組みは以下のとおりです。

(1) あさぎり町保健福祉総合計画策定委員会

本計画を検討するため、医療・保健・福祉関係者、学識経験者、地域団体関係者等で構成するあさぎり町保健福祉総合計画(高齢者福祉計画及び介護保険事業計画)策定委員会を設置し、計画策定に係る協議を行いました。

(2) 庁内関係部署へのヒアリング

計画の策定にあたり、高齢者に関連のある部署に事業ヒアリングを実施し、本町の現状・課題や今後の方向性等を把握・共有しました。

(3) 介護予防・日常生活圏域二一ス調査

介護認定を受けていない高齢者と要支援1・2までの認定者の生活実態や意向等を踏まえた計画としていくために、令和5年3月までに郵送によるアンケート調査を実施しました。

(4) 在宅介護実態調査

在宅で介護を受けている方を対象として、本人の生活実態や家族の介護離職の状況、さらには施設入所の意向等を調査分析するため、令和5年3月までに聞き取りによるアンケート調査を実施しました。

(5) 介護人材実態調査

町内の介護事業所を対象として、介護人材やサービスの提供状況などを把握するため、令和5年10月にアンケート調査を行いました。

第2章 本町の高齢者を取り巻く状況

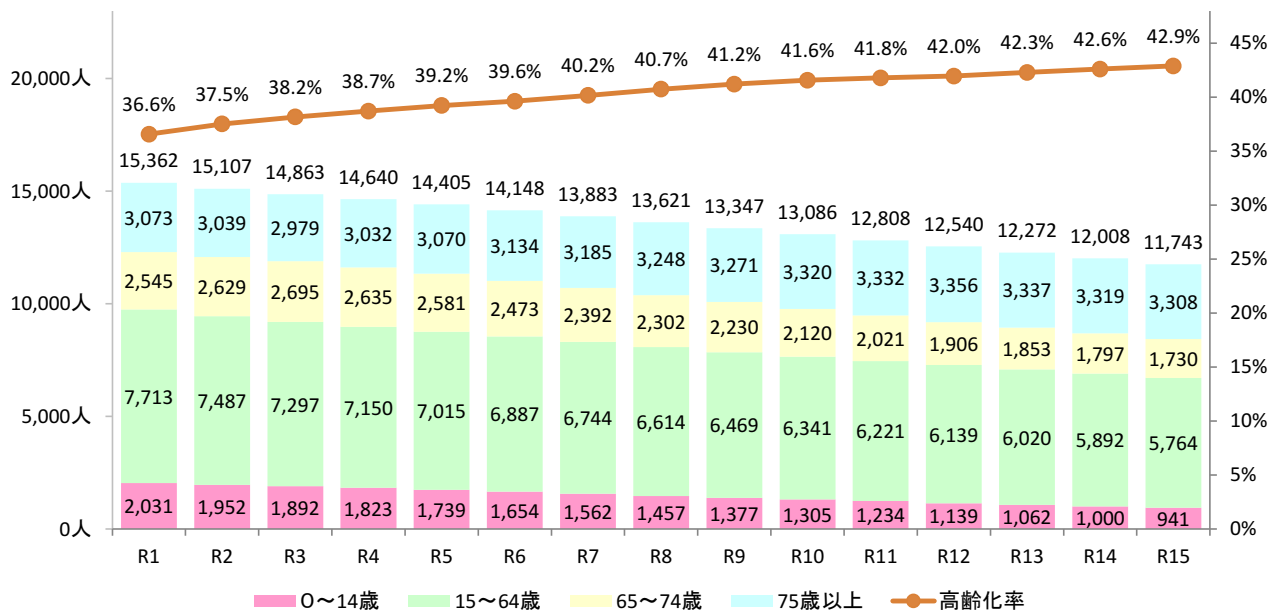
第1節 高齢者に関する現状・予測

1. 人口の推移と予測

本町の総人口は、令和元年の 15,362 人から令和 5 年には 14,405 人となり、957 人の減少となっています。今後の推計でも、総人口はさらに減少が進んでいく予測となっています。

本町の高齢者（65 歳以上）人口は、令和 3 年までは増加が続いていましたが、令和 4 年以降は減少に転じています。高齢者人口を年齢区分別にみると、65～74 歳の前期高齢者数は総人口と同様に令和 4 年以降は減少となりますが、後期高齢者は増加が継続する予測となっており、特に 75～84 歳のグループが急激に増加する見込みです。

【総人口と高齢化率の推移と予測】



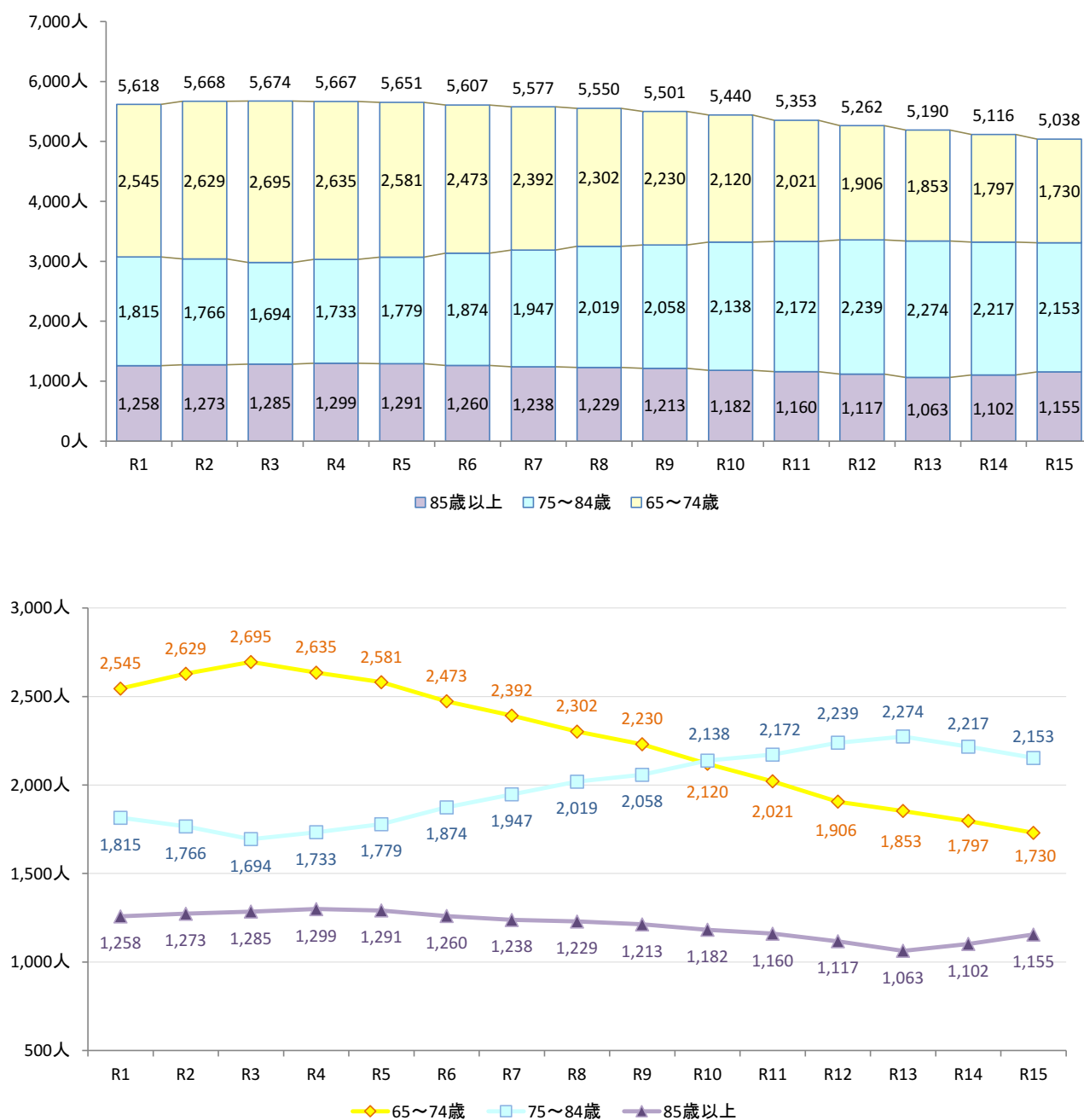
※令和元年から令和 5 年の 10 月住民基本台帳人口を基にコーホート変化率法での推計

将来推計手法：コーホート変化率法

本計画では、住民基本台帳人口を基にしたコーホート変化率法を用いています。

国勢調査を基にした人口推計より、介護保険事業の基礎となる被保険者数を、より実数に近い形で推計できる手法であることから、直近の住基人口を使用しコーホート変化率法を用いました。そのため、人口ビジョンや他計画とは異なる推計となっています。

【高齢者人口の推移と予測】



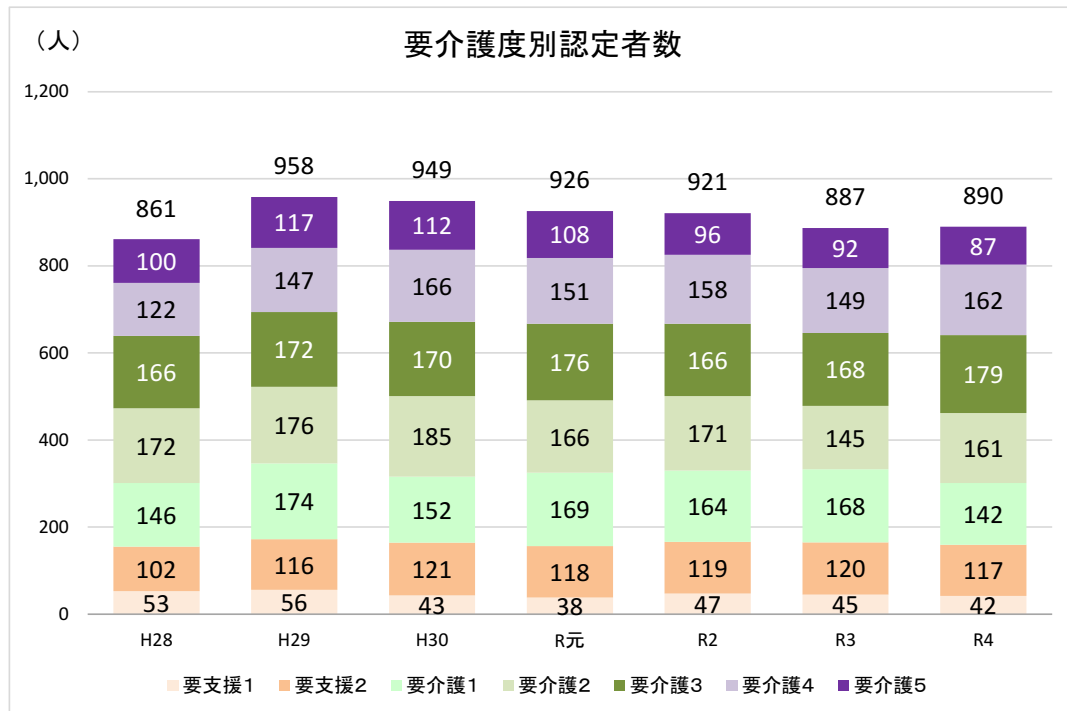
※令和元年から令和5年の10月住民基本台帳人口を基にコーホート変化率法での推計

2. 認定者数と認定率の推移

本町の要介護（要支援）認定者数は、平成 29 年の 958 人から減少傾向に推移しており、令和 4 年には 890 人となっています。

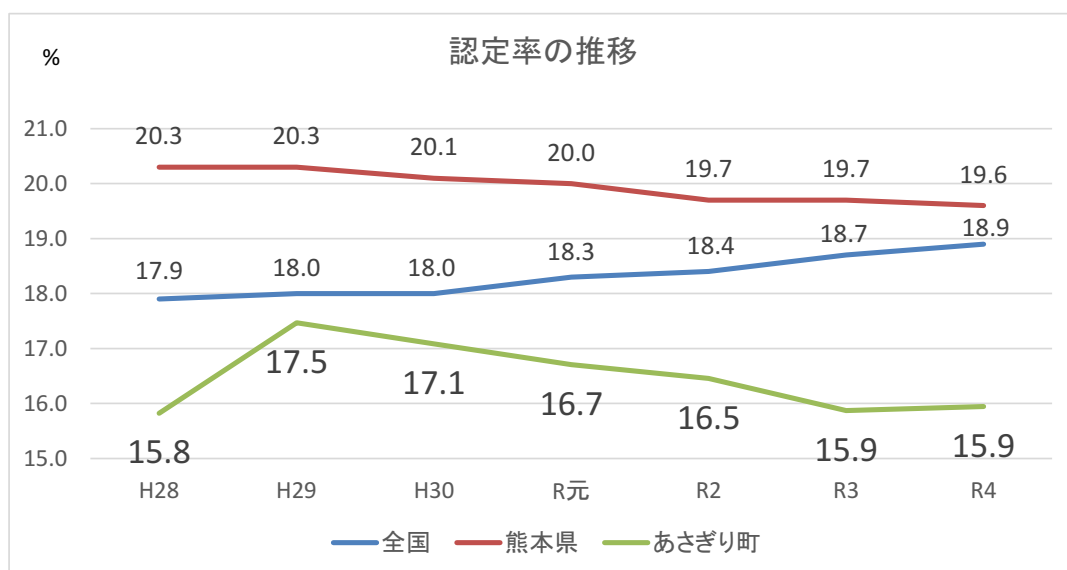
要介護（要支援）認定率も同様に、平成 29 年以降は低下傾向となっており、平成 29 年の 17.5%から令和 4 年には 15.9%となっています。

【要介護（要支援）認定者数の推移】



※地域包括ケア「見える化」システム（介護保険事業報告各年 10 月月報）より

【要介護（要支援）認定率の推移と国・県比較】



※地域包括ケア「見える化」システムより

3. 高齢者世帯の推移

(1) 高齢者のいる世帯の様子

国勢調査によると、本町の世帯の総世帯数は、平成 22 年の 5,393 世帯から平成 27 年に 5,272 世帯と減少していましたが、令和 2 年には 5,324 世帯とやや増加がみられています。

総世帯数に占める割合でみると、高齢者のいる世帯は一貫して増加しており、内訳として、ひとり暮らし世帯、高齢夫婦世帯（夫が 65 歳以上で妻が 60 歳以上の夫婦のみ世帯）が増加、その他世帯は減少となっています。

国・県と比較すると、総世帯に占める高齢者のいる世帯の割合は国・県よりも高いものの、高齢者のいる世帯に占めるひとり暮らし世帯、高齢夫婦世帯の割合はともに、国・県よりも低いという特徴がみられます。

その要因として、本町には 3 世代世帯がいまなお多く存在し、高齢者が家族とともに生活しているその他世帯が多いこと、またひとり暮らし高齢者の多くは、介護認定を受け施設居住系サービスの利用をすることで、一般世帯から除外されていることなどが考えられます。

		平成 22 年		平成 27 年		令和 2 年	
		世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合
町	総世帯数	5,393	100.0%	5,272	100.0%	5,324	100.0%
	高齢者のいる世帯数	3,231	59.9%	3,336	63.3%	3,415	64.1%
	ひとり暮らし世帯	540	16.7%	663	19.9%	791	23.2%
	高齢夫婦世帯	569	17.6%	596	17.9%	725	21.2%
	その他世帯	2,122	65.7%	2,077	62.3%	1,899	55.6%
国	総世帯数	51,842,307	100.0%	53,331,797	100.0%	55,704,949	100.0%
	高齢者のいる世帯数	19,337,687	37.3%	21,713,308	40.7%	22,655,031	40.7%
	ひとり暮らし世帯	4,790,768	24.8%	5,927,686	27.3%	6,716,806	29.6%
	高齢夫婦世帯	4,339,235	22.4%	5,246,260	24.2%	5,830,834	25.7%
	その他世帯	10,207,684	52.8%	10,539,362	48.5%	10,107,391	44.6%
県	総世帯数	686,123	100.0%	702,565	100.0%	716,740	100.0%
	高齢者のいる世帯数	295,609	43.1%	321,383	45.7%	334,262	46.6%
	ひとり暮らし世帯	69,111	23.4%	83,461	26.0%	92,410	27.6%
	高齢夫婦世帯	63,788	21.6%	73,899	23.0%	83,371	24.9%
	その他世帯	162,710	55.0%	164,023	51.0%	158,481	47.4%

※国勢調査より

※「ひとり暮らし世帯」「高齢夫婦世帯」「その他世帯」の割合は、「高齢者のいる世帯数」に占める割合を示している。

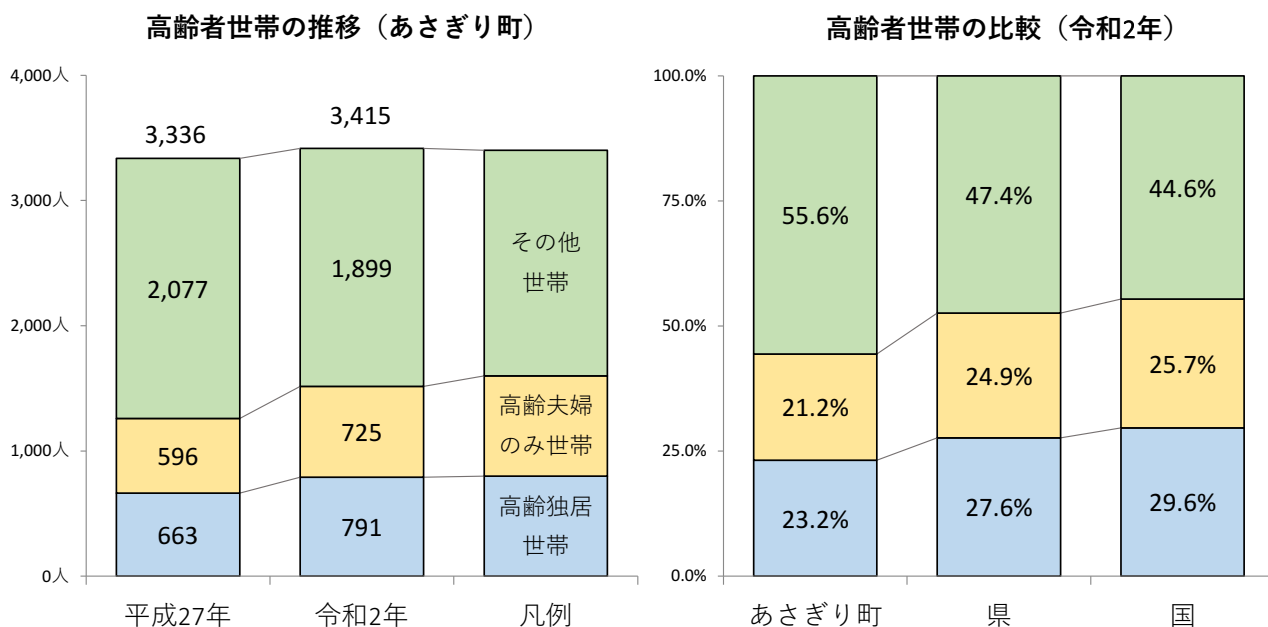
(2) 高齢者のひとり暮らし世帯の内訳

本町の高齢者のいる世帯は、令和2年に3,415世帯で、そのうち、独居世帯は791世帯(23.2%)となっています。

年齢別にみると、75歳以上と85歳以上で独居世帯数・割合ともに増加しており、75歳以上の独居世帯が451世帯(21.6%)で平成27年と比較して13世帯増加、85歳以上の独居世帯が176世帯(19.5%)で平成27年と比較して35世帯の増加となっています。

	平成22年		平成27年		令和2年	
	世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合
高齢者のいる世帯数						
65歳以上	3,231		3,336		3,415	
うち ひとり暮らし	540	16.7%	663	19.9%	791	23.2%
うち 75歳以上	2,091		2,152		2,086	
うち ひとり暮らし	335	16.0%	438	20.4%	451	21.6%
うち 85歳以上	622		785		901	
うち ひとり暮らし	96	15.4%	141	18.0%	176	19.5%

※国勢調査より

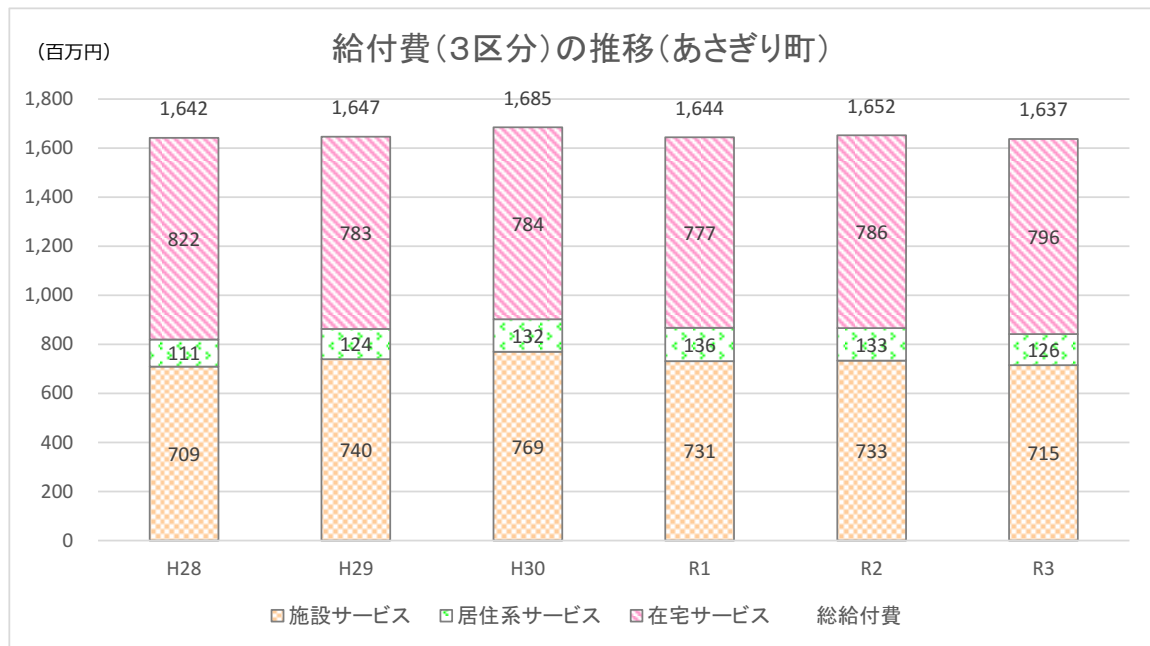


4. 介護給付費の推移

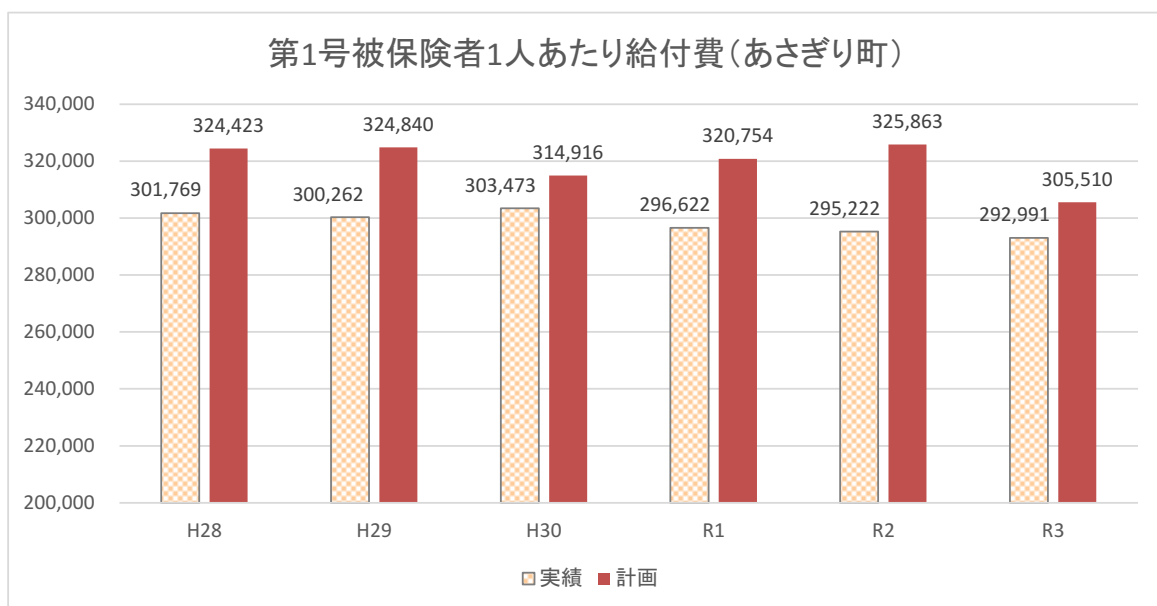
本町の介護給付費は、令和元年以降は横ばいに近い推移となっていますが、サービス別の内訳をみると、これまで増加傾向にあった施設サービスと居住系サービスは近年やや減少しており、代わって在宅サービスがやや増加しています。

第1号被保険者1人あたり給付費の実績値と計画値を比較すると、実績値は計画値よりも少ない金額で推移しており、給付費自体はやや減少傾向となっています。

【総給付費とサービス分類別（3区分）の推移】



【第1号被保険者一人あたり給付費の推移と計画値との比較】

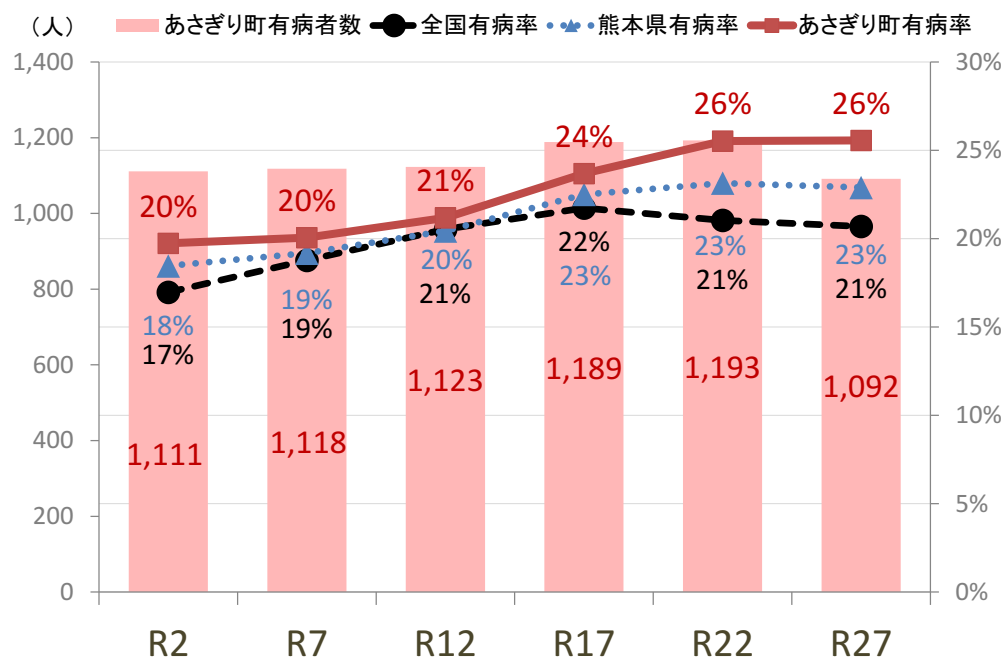


※地域包括ケア「見える化」システムより

5. 認知症有病者数の予測

本町の認知症有病者数は、令和2年の1,111人（有病率20%）から、令和22年には1,193人（有病率26%）まで増加することが予測されており、国・県と比較してもその割合は高い推移となっています。

【本町の認知症有病者数・有病率の推計】



※厚生労働省科学研究費補助金平成26年度総括・分担研究「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」報告書を参考として、長期の縦断的な認知症の有病率調査を行った久山町研究データから数学モデルにより算出された平成24年の性・年齢階級別認知症有病率を基に算出

第2節 各種調査結果の概要

1. 介護予防・日常生活圏域二一ズ調査結果の概要

(1) 調査の概要

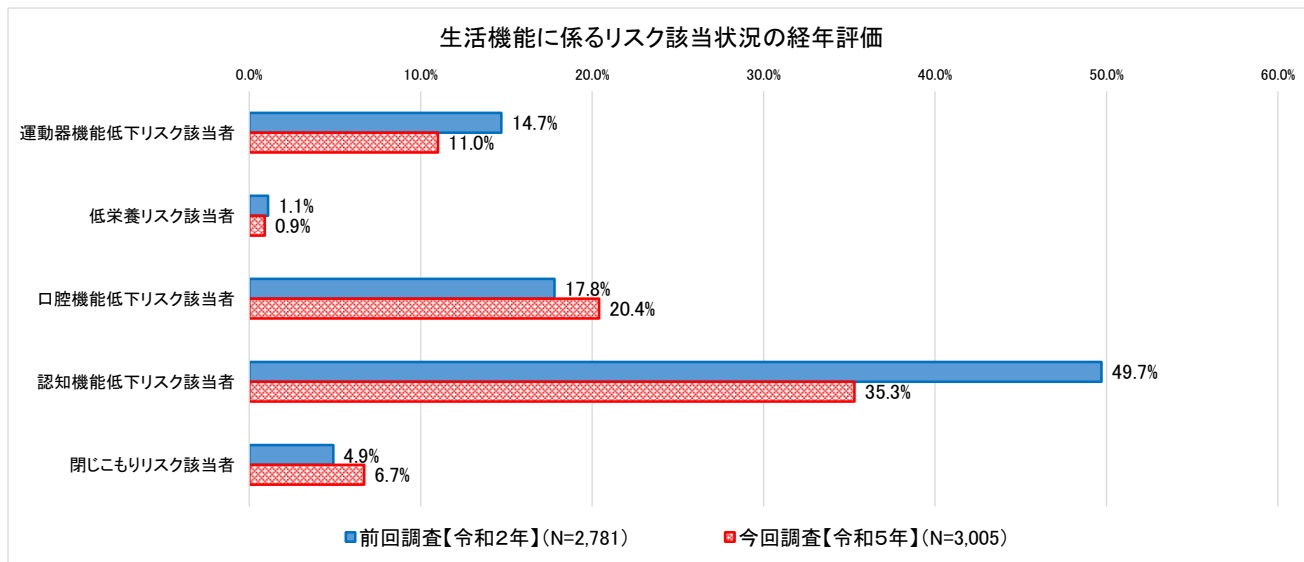
本計画の見直しにあたり、既存のデータでは把握困難な高齢者の実態や意識・意向を調査分析することにより、計画策定の基礎資料とする目的で介護予防・日常生活圏域二一ズ調査を実施しました。

	介護予防・日常生活圏域二一ズ調査
配布・回収方法	郵送による配布・回収
調査対象者	65歳以上で要介護認定を受けていない者 総合事業対象者 要支援1・2認定者
調査期間	令和5年1月発送～令和5年3月投函締切
配布数	4,828件
有効回答数	3,005件
有効回答率	62.2%

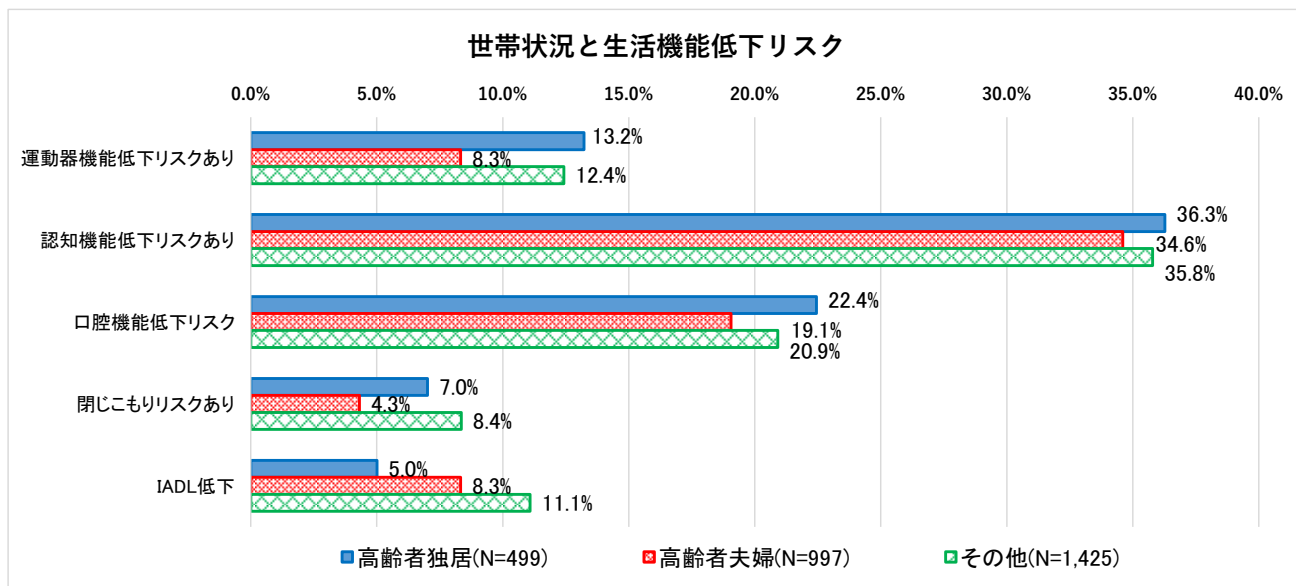
（２）調査結果の経年評価とクロス集計による分析

①生活機能低下リスク該当者の経年評価及びクロス集計

生活機能低下リスクの該当状況について、令和２年に実施された前回調査と比較すると、「運動器機能低下リスク該当者」、「認知機能低下リスク該当者」の割合は減少していましたが、「口腔機能低下リスク該当者」、「閉じこもりリスク該当者」の割合に増加がみられました。



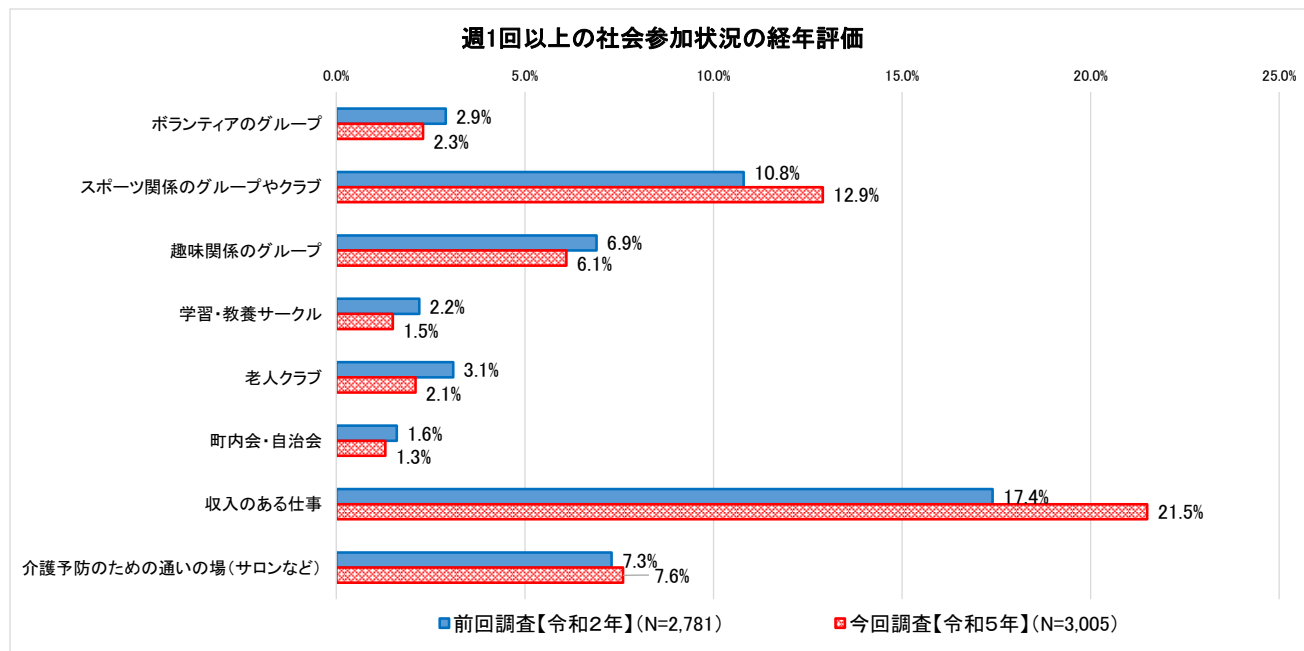
世帯状況別に生活機能低下リスクをみると、前回調査より増加がみられた「口腔機能低下リスク該当者」の割合は、高齢者独居世帯が最も高くなっています。



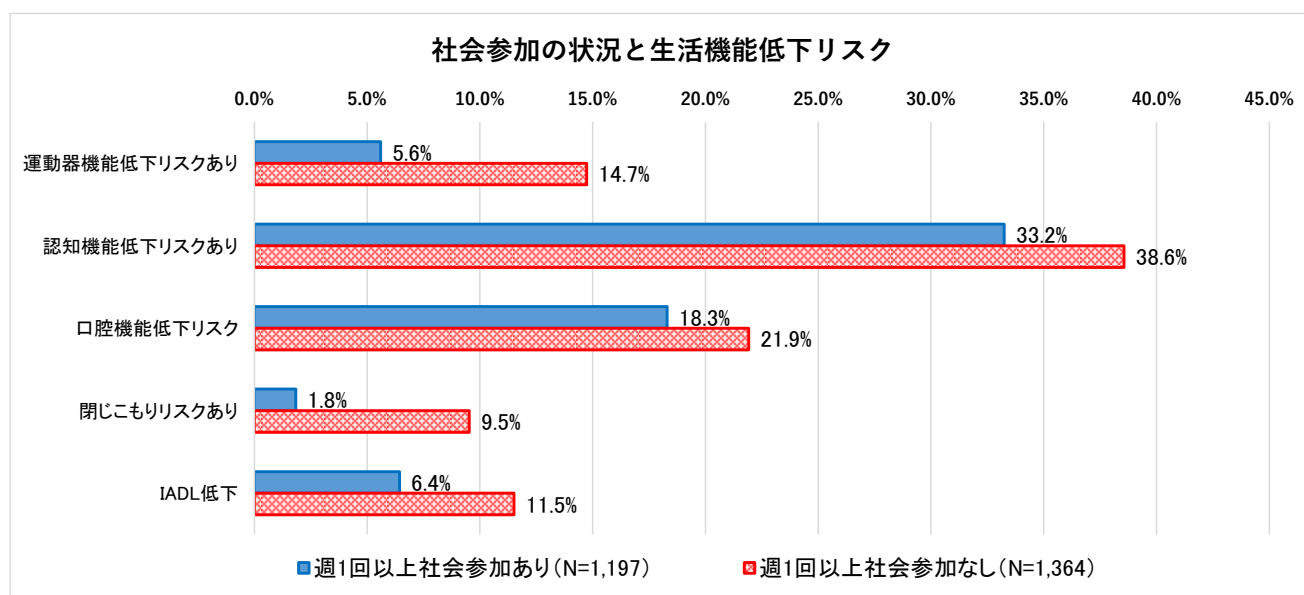
今後は、通いの場へのアプローチや保健事業と介護予防の一体的事業を通じて、特に独居高齢者世帯を対象とした口腔機能向上プログラムについて、普及啓発の検討が必要であると考えられます。

②社会参加状況の経年評価及びクロス集計

社会参加の状況について、前回調査と比較すると、「収入のある仕事」に週1回以上参加をしている高齢者が増加していましたが、その他の会・グループへの週1回以上の参加状況に大きな変化はみられませんでした。



社会参加の状況別に生活機能低下リスクに該当する高齢者の割合をみると、週1回以上の社会参加がない高齢者は、週1回以上社会参加がある高齢者と比べてすべての生活機能低下リスクで該当割合が高くなっています。

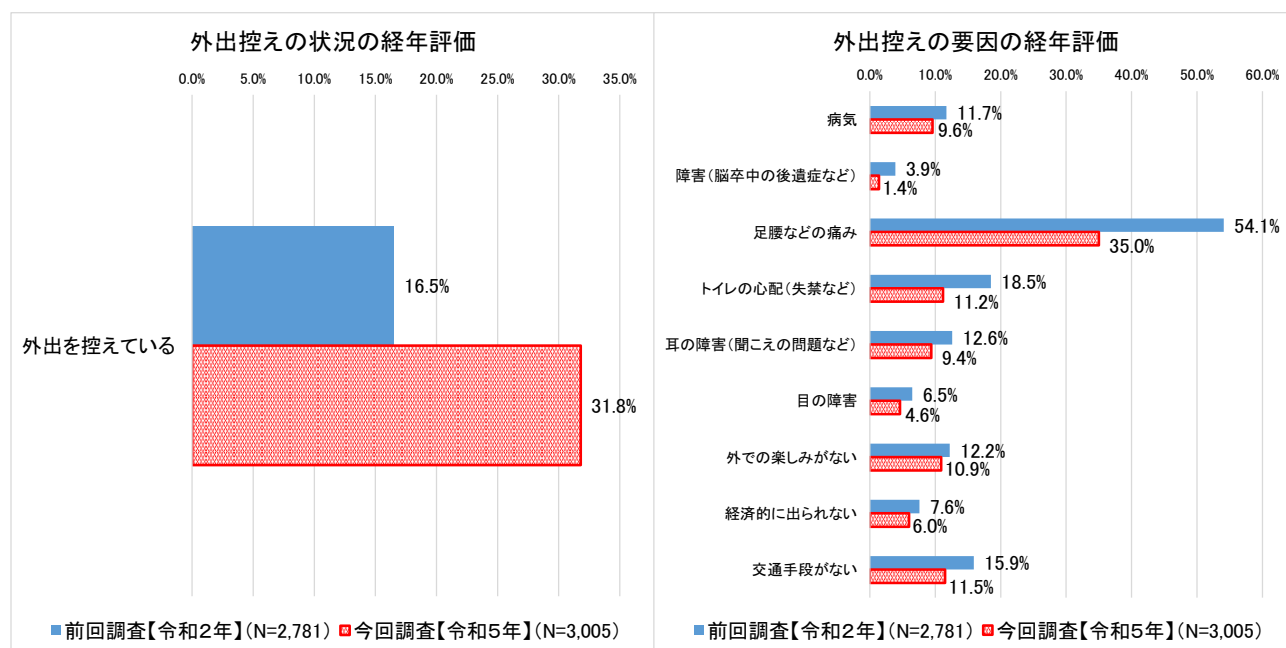


週1回以上の社会参加がない「社会的フレイル」にある高齢者を見つけて、社会参加につないで、地域全体で支える仕組みづくりの検討が必要となっています。

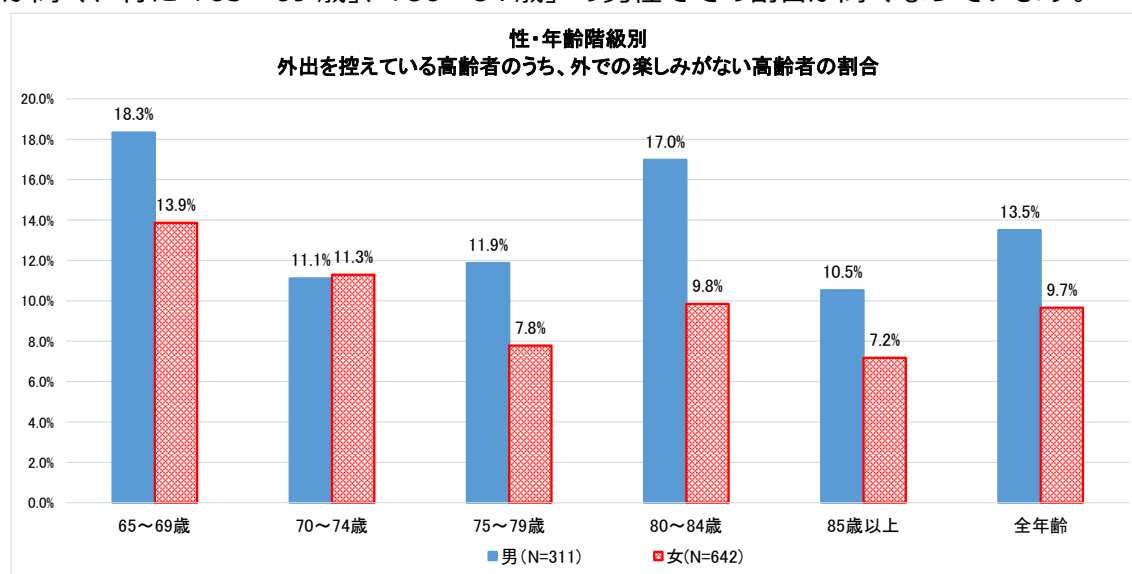
③外出を控えている高齢者の状況の経年評価

外出控えの状況について、前回調査と比較すると、「外出を控えている」高齢者の割合が大きく増加（16.5%→31.8%）していました。

外出を控えている理由については、設問に設定されていたすべての選択肢で前回調査より割合が減少していることから、選択肢の設定がなかった新型コロナウイルスによるものが外出控えの要因の多くを占めていると考えられます。



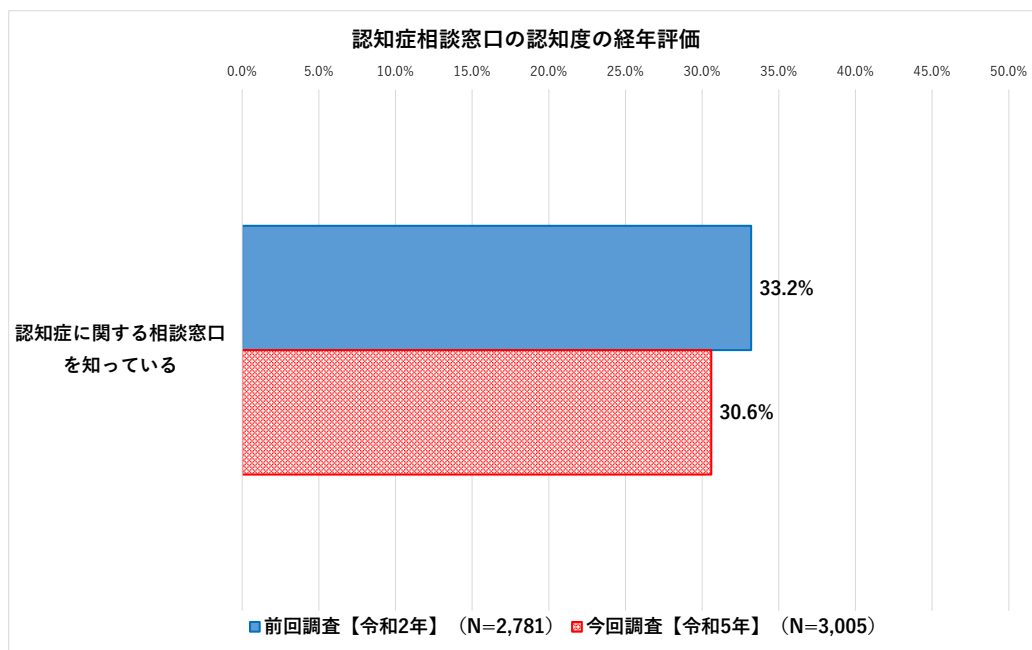
また、外出を控えている高齢者のうち、「外での楽しみがない」高齢者の割合は、女性よりも男性の方が高く、特に「65～69歳」、「80～84歳」の男性でその割合が高くなっています。



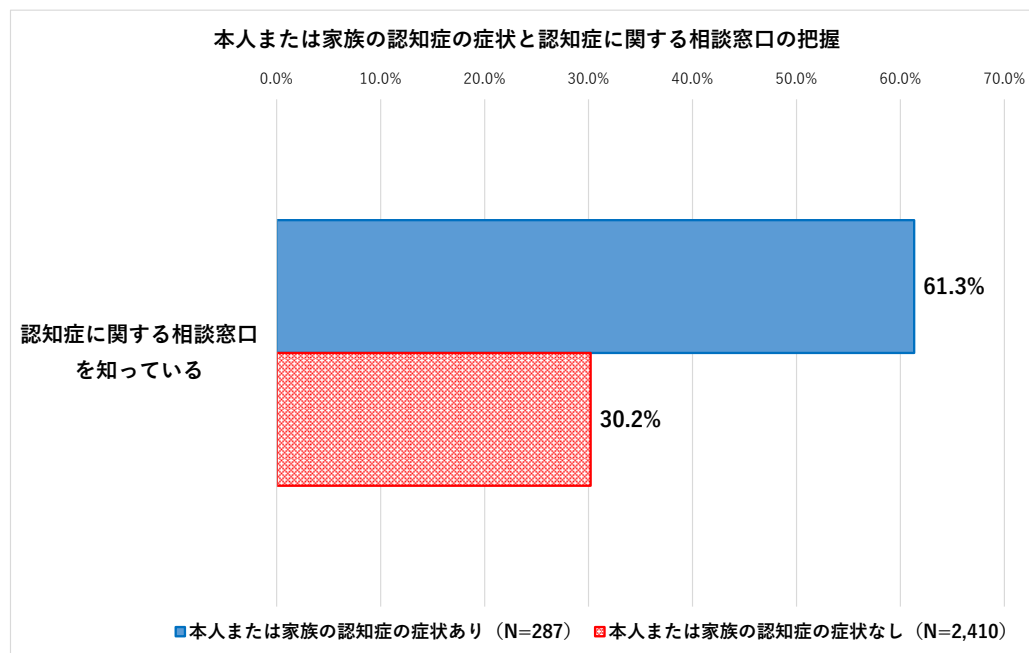
感染症対策を講じたうえで、地域における体力測定（介護予防健診など）や通いの場など外出を促進する対策、また、男性向けの通いの場の整備などを検討する必要があると考えられます。

④ 認知症相談窓口の認知度の経年評価及びクロス集計

認知症相談窓口の認知度について、前回調査と比較すると、「認知症に関する相談窓口を知っている」割合が 2.6 ポイント減少していました。



認知症の症状の有無別に認知症相談窓口の認知度をみると、「本人または家族に認知症の症状がある」高齢者では 61.3%であった一方、「本人または家族に認知症の症状がない」高齢者では 30.2%となっていました。



認知症相談窓口の認知度向上のため、認知症の症状がない高齢者に対して早期から認知症相談窓口の認知度を高める施策の検討が必要であると考えられます。

2. 在宅介護実態調査結果の概要

(1) 調査の概要

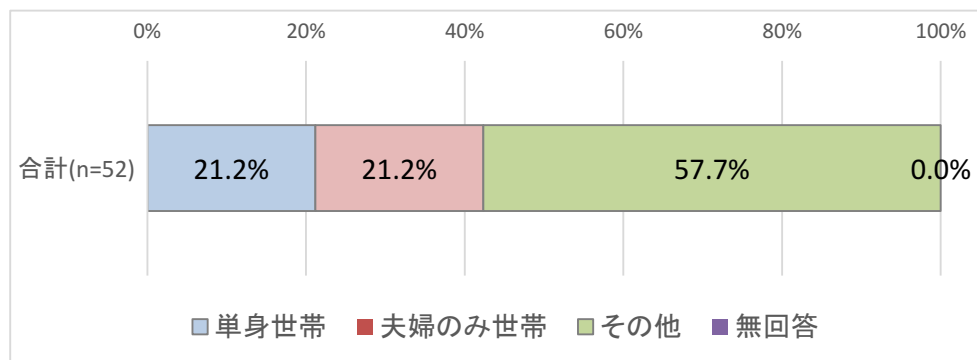
「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討することを目的として、在宅介護実態調査を実施しました。

	在宅介護実態調査
配布・回収方法	認定調査員による訪問での配布・回収
調査対象者	要介護認定者（施設等入所者を除く）
調査期間	令和5年1月～令和5年3月
回答数	52件

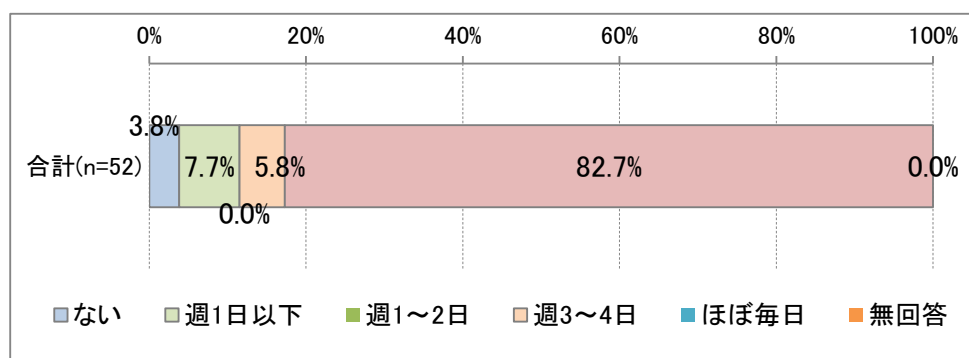
(2) 世帯状況と介護の頻度

調査対象者の世帯状況は、単身でも夫婦のみでもない「その他」の世帯が 57.7%で最も多く、家族等による介護の頻度は、「ほぼ毎日」が 82.7%で最も多くなっています。

【世帯状況】



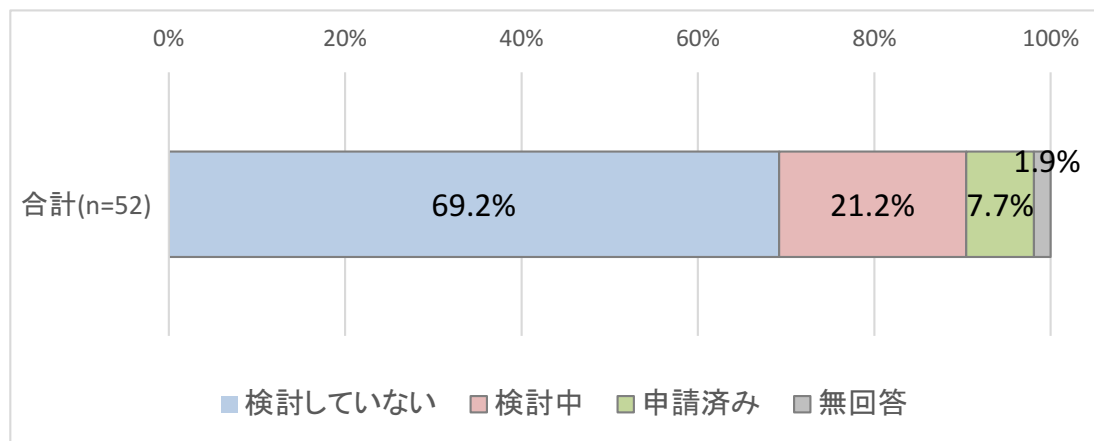
【家族等による介護の頻度】



(3) 施設等への入所・入居の検討状況

施設等への入所・入居の検討状況は、「検討していない」が 69.2%で最も多く、次いで「検討中」が 21.2%、「申請済み」が 7.7%の順となっています。

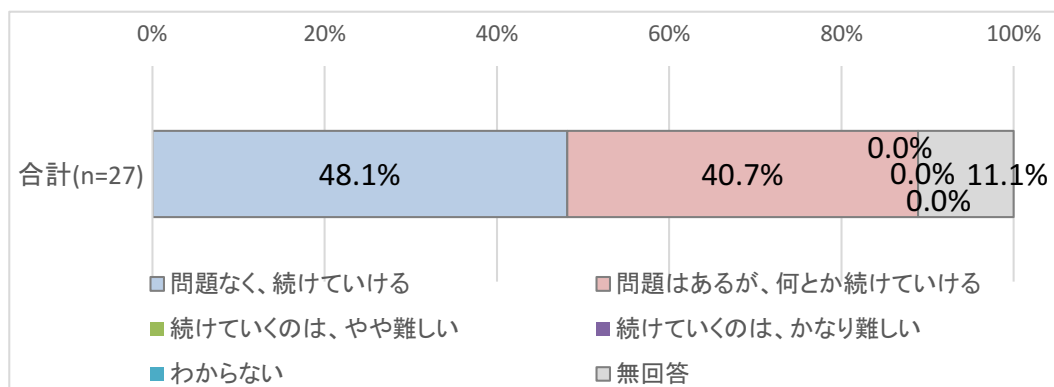
【施設等への入所・入居の検討状況】



(4) 主な介護者の就労継続の可否についての意識

主な介護者が、今後も働きながら介護が続けていけるかどうかの意識については、「問題なく、続けていける」が 48.1%で最も多く、次いで「問題はあるが、何とか続けていける」が 40.7%となっています。

【主な介護者の就労継続の可否についての意識】

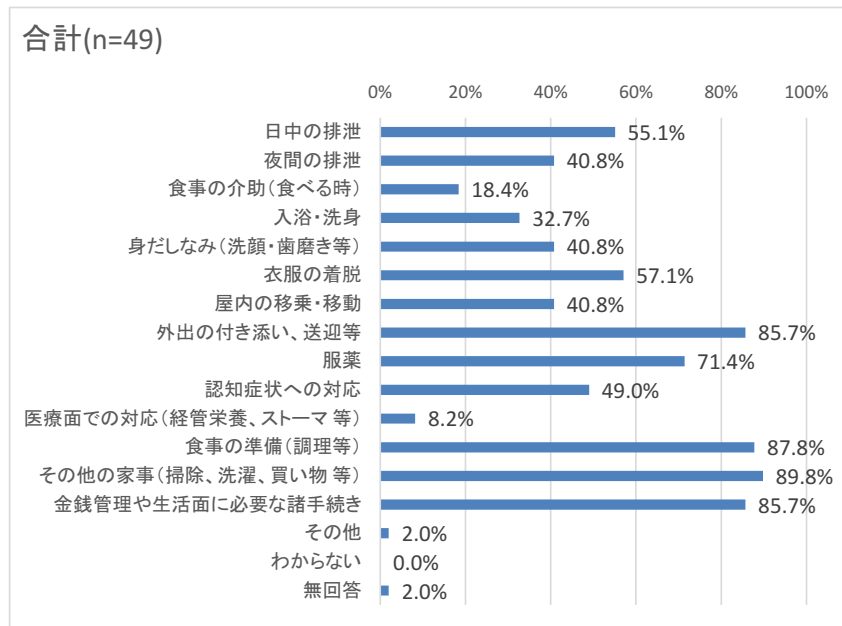


(5) 主な介護者が行っている介護・不安に感じる介護

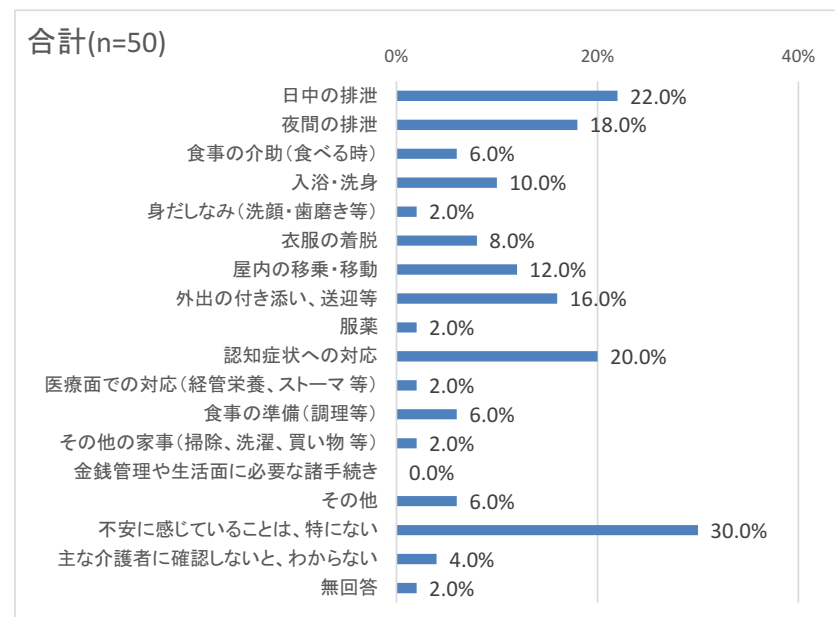
主な介護者が現在行っている介護は、「その他の家事(掃除、洗濯、買い物等)」が 89.8%で最も多く、次いで「食事の準備(調理等)」が 87.8%、「外出の付き添い、送迎等」と「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」が 85.7%の順となっています。

また、現在の生活を継続していくにあたって主な介護者が不安を感じる介護は、「不安に感じていることは、特にない」が 30.0%で最も多く、次いで「日中の排泄」が 22.0%、「認知症状への対応」が 20.0%の順となっています。

【主な介護者が行っている介護】



【主な介護者が不安に感じる介護】



3. 介護人材実態調査結果の概要

(1) 調査の概要

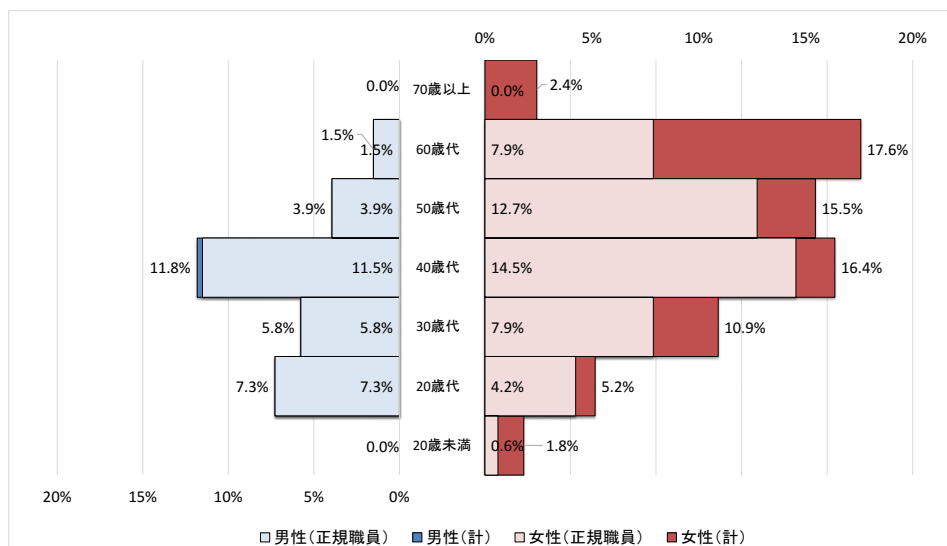
本町の介護人材の性別・年齢構成、資格保有状況、過去1年間の採用・離職の状況、訪問介護サービスにおけるサービス提供の実態などを把握し、町内の介護人材の確保・サービス提供方法の改善などにつなげていくことを目的として、介護人材実態調査を実施しました。

	介護人材実態調査
配布・回収方法	メールによるデータ配布・直接受領による回収
調査対象事業所	【訪問系サービス】 訪問介護、訪問入浴、小規模多機能型居宅介護 【通所系サービス】 通所介護、通所リハビリテーション 【施設・居住系サービス】 特別養護老人ホーム、グループホーム、 住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅
調査期間	令和5年10月10日～令和5年10月27日
回答事業所数	36件

（２）介護職員の年齢と雇用形態の状況

全サービス系統を合計した介護職員の年齢別の構成比は、女性は「60 歳代」が 17.6%で最も多く、男性は「40 歳代」が 11.5%で最も多くなっています。雇用形態は、女性は「50 歳代」以下の年代では正規職員の割合が高く、「60 歳代」以上の年代では非正規職員の割合が多くなっており、男性はすべての年代で正規職員の割合が高くなっています。

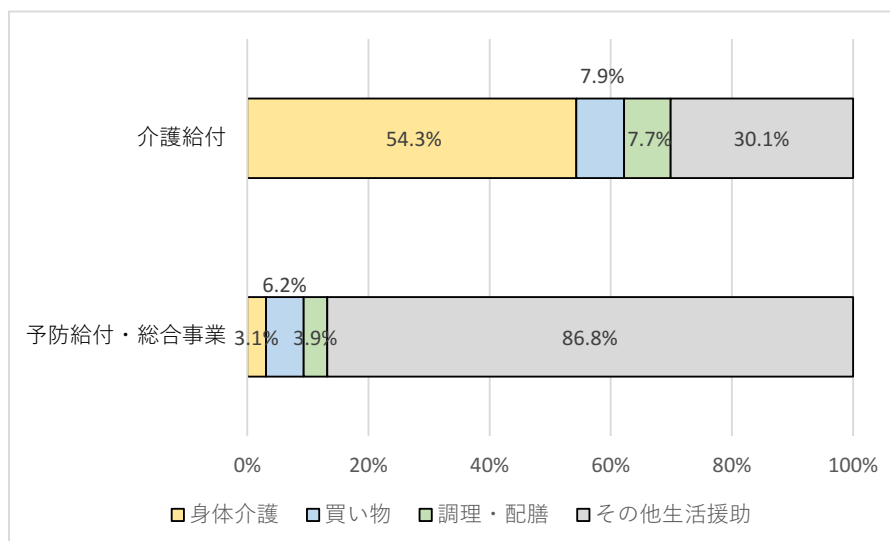
【性別・年齢別の雇用形態の構成比（全サービス系統合計）】



（３）訪問介護サービスの状況

訪問系のすべてのサービスを合計した訪問介護サービスの提供時間の内容別の内訳をみると、介護給付でのサービスでは、「身体介護」が 54.3%で最も多くなっていますが、予防給付・総合事業でのサービスでは、「その他生活援助」が 86.8%と大部分を占めており、「身体介護」の割合は 3.1%となっています。

【訪問介護のサービス提供時間の内容別の内訳（訪問系全サービス合計）】



第3章 計画の目指す姿と取り組みの概要

第1節 計画の目指す姿

1. 基本理念

本計画は、町の最上位計画である「あさぎり町総合計画」の基本構想（将来像）の実現に向けた、高齢者保健福祉の個別計画・実施計画として位置づけを持つものです。「あさぎり町総合計画」の健康福祉部門の分野目標の達成に向けて、各種施策を総合的に推進していきます。

本計画においては、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる「地域包括ケアシステムの深化・推進」を目指しつつ、高齢者自らが健康づくりや介護予防に主体的かつ積極的に取り組むこと、そして生きがいのある自立した生活の実現に向けて、地域活動や就労、さらには生活支援サービスの新たな担い手として活躍する高齢者像の実現を目指します。

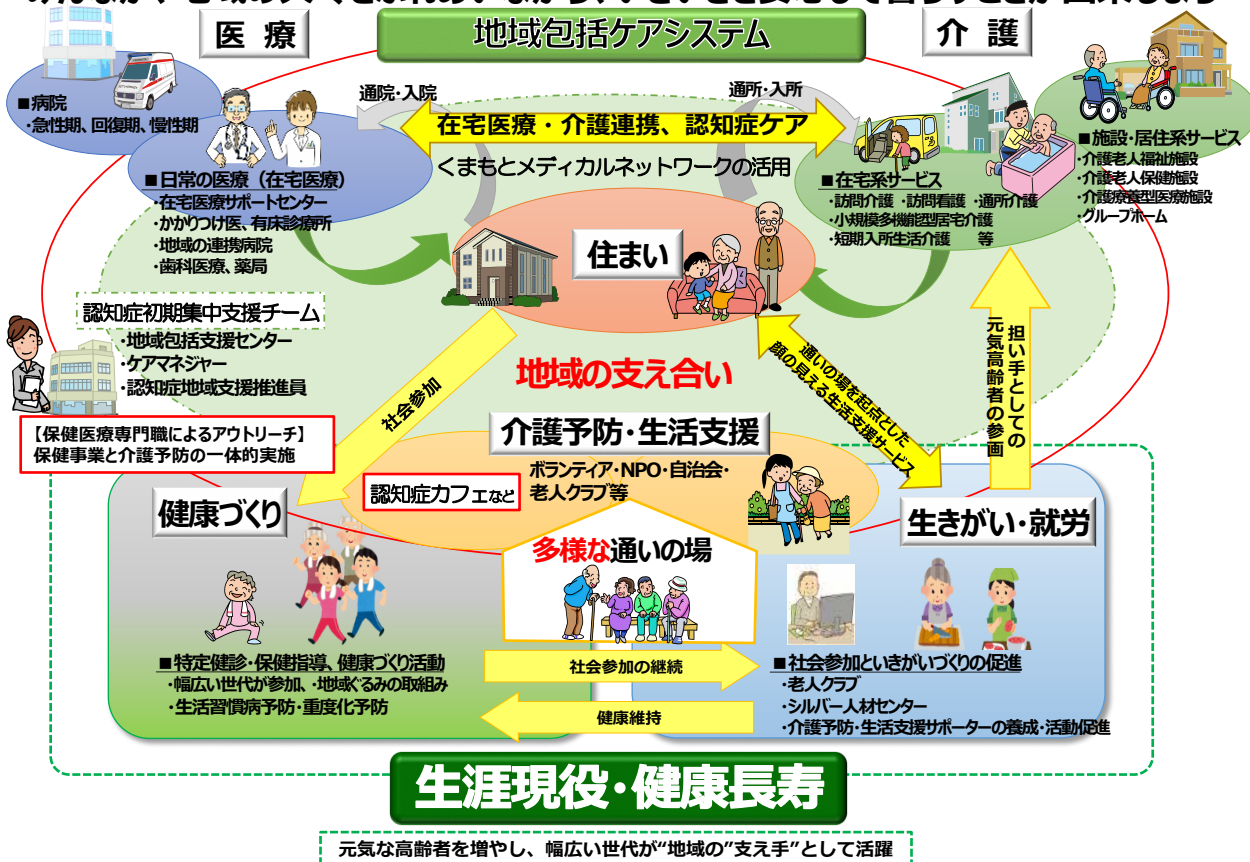
また、本計画では、前計画における基本理念を引き継ぎ、その実現に向けた施策の継続的な展開を図りつつ、「団塊の世代」が75歳以上となる令和7年（2025年）までに達成すべき地域包括ケアシステム構築の姿と目指す目標に対して、この10年間の計画の評価を実施し、さらに令和22年（2040年）に向けた本町の状況を見据えた地域包括ケアシステムのあり方についても検討します。

あさぎり町高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画

基本理念

**みんなが、地域の人々とふれあいながら、
いきいきと安心して暮らすことが出来るまち**

【あさぎり町地域包括ケアシステムが目指す姿】
みんなが、地域の人々とふれあいながら、いきいきと安心して暮らすことが出来るまち



高齢者人口がすでに減少の局面を迎えている本町では、地域包括ケアシステムの構築に向けて、これまでも地域の通いの場における介護予防の推進を図ってきました。「自助・互助・共助・公助」の考え方のもと、通いの場の参加者の拡大と、地域住民の互助による支え合いの仕組みづくりを進めていきます。

また、認知症の方や独居高齢者、障がい者、子ども、生活上の支援を必要とする方などが、可能な限り住み慣れた地域で暮らせるよう、医療・介護の連携強化や地域共生社会の実現に向けて、地域包括ケアシステムの早期実現を目指します。

本計画において、あさぎり町地域包括ケアシステムが目指す「みんなが、地域の人々とふれあいながら、いきいきと安心して暮らすことが出来るまち」という基本理念の実現のため、生きがい・就労の促進や健康づくりを通じて元気な高齢者を増やし、幅広い世代が地域の支え手として活躍できるように、多様な通いの場を拠点にした顔の見える地域の支え合いを推進していきます。

2. 基本目標

本計画では、高齢者の尊厳を保持した自立支援や重度化防止の取り組みを推進し、高齢者が安心して暮らし続けることができるよう高齢者の暮らしに応じた5つの基本目標を設定して、地域の関係機関との連携により取り組みを推進します。

基本目標 1	健康寿命の延伸
---------------	----------------

基本目標 2	認知症の予防と共生の推進
---------------	---------------------

基本目標 3	在宅でも安心して暮らせるための 医療と介護の連携・在宅医療基盤の充実
---------------	---

基本目標 4	住民の希望、地域の実情に応じた 多様な住まい・サービス基盤の整備・活用
---------------	--

基本目標 5	地域包括ケアシステムを支える多様な介護人材の 確保・定着や介護サービスの質の確保・向上
---------------	--

第2節 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取り組み

1. 主要施策の概要

基本目標 1 健康寿命の延伸

【主要施策】

①高齢者の社会参加の促進

②自立支援に向けた介護予防・日常生活支援総合事業の充実

③保健事業と介護予防の一体的実施の推進

本町では、高齢者の生きがいがづくり、閉じこもり防止を目的とした通いの場を住民主体で作出すため、地域型サロン（いきいきサロン）の取り組みを推進してきました。年度ごとに設置地区は拡大し、令和2年には町内のほとんどの地区でサロンが立ち上がっていますが、サロンを運営する担い手の不足や高齢化に加えて、新型コロナウイルスの影響による参加者や活動の減少など課題も多くみられています。地区サロン等の介護予防の取り組みの重要な担い手である「介護予防サポーター」の養成講座へ、特に若い世代の参加を促進し、サポーターから参加者へ自然と交代ができる仕組みの構築に向けた支援を行っていきます。

また、本町の実情に応じた多様な主体の参画と多様なサービスの充実を図ることを目的に実施している介護予防・日常生活支援総合事業においては、今後より地域住民の自立支援につながる事業となるよう、体系的な見直しも含めて検討を行い、事業の充実を図ります。

令和2年度より開始している保健事業と介護予防の一体的実施では、生活習慣病重症化予防を図りつつ、住民主体の通いの場を含めた多様な通いの場や一般介護予防事業との接続によりフレイル※対策等に引き続き取り組むとともに、今後増加が見込まれている75歳から84歳の年代に対する介護予防対策として、介護予防・日常生活支援総合事業とも連動した提供体制の構築・拡充についても検討を行っていきます。

※フレイル：健康な状態と要介護状態の中間に位置し、身体的機能や認知機能の低下が見られる状態

基本目標 2 認知症の予防と共生の推進

【主要施策】

- ① 認知症への理解の普及・啓発と相談窓口の認知度向上の推進
- ② 認知症の予防の推進
- ③ 認知症医療・ケア・介護サービスの推進
- ④ 認知症への対応力向上の推進、社会参加支援の推進、本人発信支援の推進
- ⑤ 成年後見制度利用促進計画の推進と高齢者の虐待防止の推進

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、施策を総合的に推進する「共生社会の実現を推進するための認知症基本法（認知症基本法）」が令和5年6月に成立し、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（＝共生社会）の実現に向けた取り組みを推進していくことが示されました。本町においても、国の基本理念に則り、認知症の予防と共生に関する各施策の推進を図ります。

本町では、令和2年度より脳いきいき教室とその担い手となるサポーターの養成を開始しており、さらに高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において、健康推進課と高齢福祉課、地域包括支援センターとの情報共有体制の構築を行うことで、以前は介入が難しかった段階の方を適切な医療・介護へつなぐことができる早期発見・早期対応の仕組みづくりを行っています。

また、若い世代も含めた認知症サポーターの養成を今後も計画的に推進し、認知症への理解の普及・啓発と、地域ぐるみで見守る体制づくりを進めていくとともに、認知症カフェ[※]等へのマッチングから実際の活動へつなげる仕組みづくりを推進していきます。

さらに、認知症に関する相談窓口の周知に向けた取り組みを推進するとともに、認知症初期集中支援チームの活動の活性化を図り、関係機関と連携して、社会的なつながりを増やしながら、認知症の方と家族が安心して通える、認知症の予防と共生の視点に立った通いの場の拡充に取り組みます。

加えて、認知症や知的障がい、精神障がいなどによって物事を判断する能力が十分でない方を支援する成年後見制度の普及や利用促進をさらに推進していくとともに、高齢者の虐待防止につながる取り組みの検討と、虐待が発生した際の対応の強化に努めます。

[※]認知症カフェ：認知症の人やその家族、地域住民、介護や福祉の専門職など、誰でも気軽に集える場所のこと。

基本目標 3

在宅でも安心して暮らせるための 医療と介護の連携・在宅医療基盤の充実

【主要施策】

①在宅医療・介護連携の推進

②地域包括支援センターの機能強化と事業推進

③地域ケア会議の充実

在宅医療・介護連携の推進においては、高齢者のライフサイクルを意識したうえで、医療と介護が主に共通するそれぞれの場面に即した PDCA サイクルを構築していく必要があります。在宅医療・介護連携推進事業として、これまで人吉球磨広域連携の中での医師会への事業委託を中心とした取り組みを行ってきましたが、特に住民への普及・啓発の部分においては、保健・医療・福祉に関する地域資源の機能と役割分担や業務の連携状況を住民にわかりやすく整理し、情報提供を図る必要があるため、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査から得られた情報などを活用して、町独自の取り組みについても検討を図ります。今後も関係各機関・関係団体との役割分担のもと、包括的かつ継続的な在宅医療と介護の一体的な提供体制を整備します。

地域包括ケアシステムの目指す在宅生活の実現のための中核を担う地域包括支援センターの機能強化を図るため、医療と介護をはじめとした多職種が連携した地域ケア会議の定期的な開催を実施し、介護予防・自立支援に向けた内容、機能の充実を図るとともに、国の基本指針を踏まえた業務負担の軽減と質の確保につながる体制の整備についても検討を進めます。

基本目標 4

住民の希望、地域の実情に応じた 多様な住まい・サービス基盤の整備・活用

【主要施策】

- ①地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進
- ②高齢者福祉事業の推進
- ③高齢者の見守りネットワーク構築と生活支援サービスの提供
- ④高齢者向け住まいの確保の推進
- ⑤高齢者の移動手段の確保
- ⑥防災対策・感染症対策の推進

高齢者のみならず、障がい者や子ども、生活上の困難を抱える方などが、地域において自立した生活を送ることができるよう、福祉サービスの提供や事業者による「共生型サービス」への展開を進め、地域共生社会の実現に向けた包括的な支援体制について、関係部局との検討を進めていきます。

生活支援体制整備事業においては、生活支援コーディネーターが様々な生活支援サービスの情報を「生活支援情報誌」に取りまとめ、毎年度更新を行っています。第8期計画期間には新たな住民参加型のボランティア活動にも取り組んでおり、今後も地域の実情にあわせた助け合い、支え合いの仕組みづくりを進めていきます。

高齢者が住み慣れた地域で生活していくための基盤となる住まいが適切に整備され、本人の希望にかなった住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提となります。このため、高齢者が自身の心身の状態に合わせて、「住まい方」を選択することができるよう、適切なサービスを提供する多様な住まいの整備を推進します。

新型コロナウイルス感染症を含めた感染症対策を介護事業者と連携して推進するとともに、近年増加傾向にある災害に対する備えについても、災害発生時に避難が困難な高齢者等の要配慮者の把握から、支援が円滑に行われる環境の整備を地域、介護事業者と連携して取り組みます。

基本目標 5

地域包括ケアシステムを支える多様な介護人材の確保・定着や介護サービスの質の確保・向上

【主要施策】

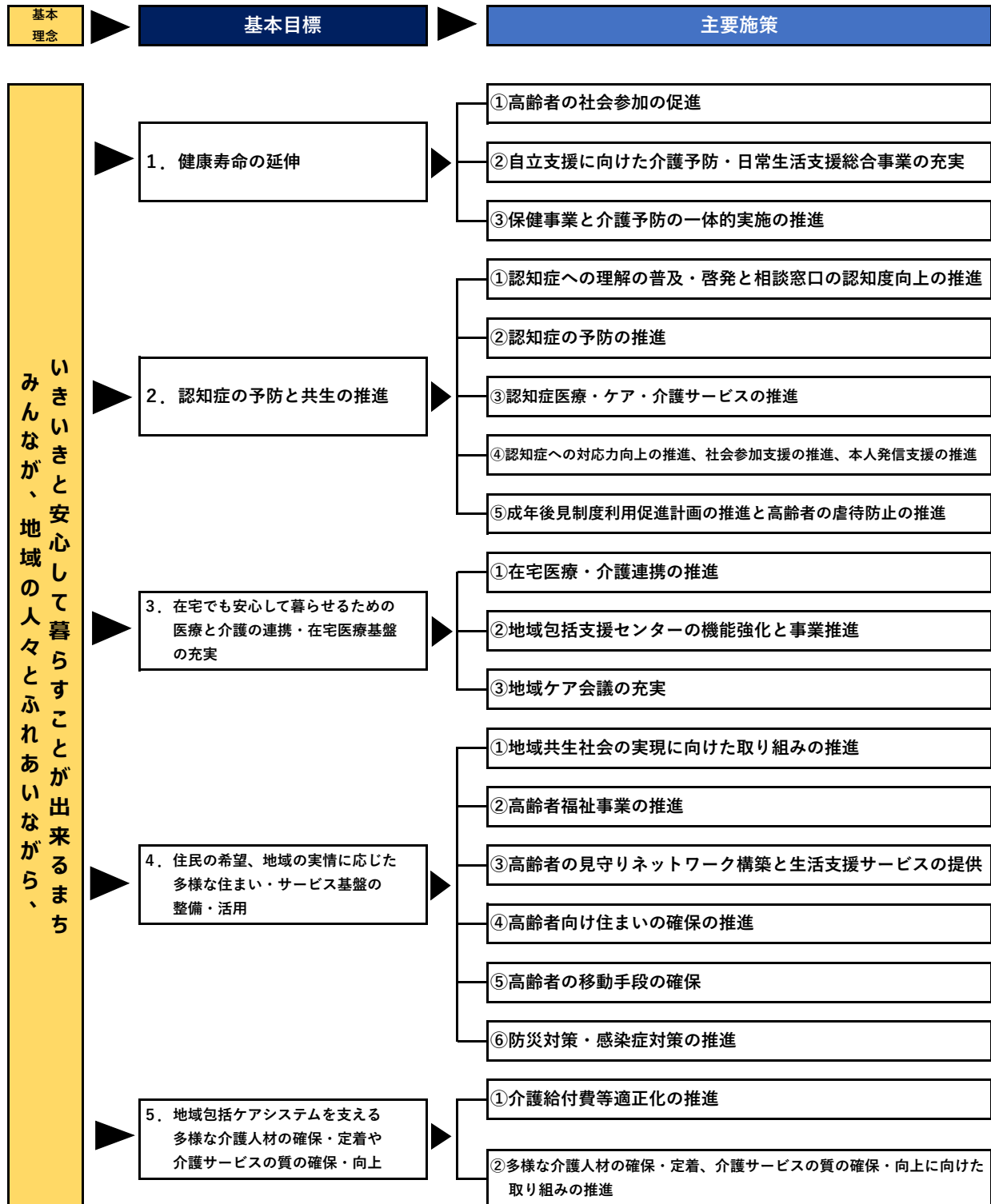
①介護給付の適正化に向けた取り組みの推進

②多様な介護人材の確保・定着、介護サービスの質の確保・向上に向けた取り組みの推進

国の示す適正化主要 3 事業の方針や、県の示す介護給付適正化プログラムの指標に沿った取り組みを推進します。ケアプラン点検や医療情報突合・縦覧点検、福祉用具・住宅改修の適正化に係る目標値設定及び達成の評価を行うことで、介護給付の適正化及び介護サービスの質の確保・向上を目指します。

介護サービスの必要量やニーズの拡大等に伴う介護の人材の確保については、介護事業所への介護人材に関する調査結果も踏まえ、I C T の導入等に関する適切な情報提供も図りながら、多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みを推進します。

2. 施策の体系



各論

計画値の設定

本計画では、介護保険法第 117 条に基づき、被保険者の自立支援、介護予防又は重度化防止及び介護給付費の適正化に関して計画期間中に取り組むべき事項及びその計画値を定めています。

また、介護保険法同条に基づいて毎年度実績の評価を行い、PDCA サイクルを活用して取り組みを推進します。

指 標	第 9 期計画の計画値			掲載 ページ
	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	
基本目標 1. 健康寿命の延伸				
① サロン実施箇所数（箇所）	62	63	64	38
② サロン開催回数（回）	680	690	700	38
③ サロン延べ参加者数（人）	6,900	7,000	7,100	38
④ 百歳体操実施箇所数（箇所）	42	47	52	38
⑤ 百歳体操開催回数（回）	1,000	1,100	1,200	38
⑥ 百歳体操延べ参加者数（人）	10,000	11,000	12,000	38
⑦ 介護予防サポーター養成講座受講者数（人）	465	495	525	39
⑧ 後期高齢者健診受診率(%)	25.0	26.0	27.0	46
⑨ 歯科口腔健診受診率(%)	7.1	7.2	7.3	46
⑩ 重症化予防の個別対応数(人)	70	70	70	47
⑪ ロコモ・フレイルに関する健康講話実施数(箇所)	80	80	80	48
⑫ 口腔機能の向上に向けたお口の健康教室開催回数(回)	40	40	40	48
⑬ 口腔機能の向上に向けたお口の健康教室参加者数(人)	360	360	360	48

指 標	第 9 期計画の計画値			掲載 ページ
	令和 6 年度	令和 7 年度	令和 8 年度	
基本目標 2．認知症の予防と共生の推進				
⑭ 認知症サポーター養成講座受講者数 (人)	500	500	500	49
⑮ 認知症サポーター養成講座開催回数 (回)	9	9	9	49
⑯ 認知症相談窓口の認知度（％） ※介護予防・日常生活圏域ニーズ調査		50.0		50
⑰ 脳いきいきサポーター養成講座受講者数 (人)	30	30	30	51
基本目標 3．在宅でも安心して暮らせるための医療と介護の連携・在宅医療基盤の充実				
⑱ 人生の最期について話し合ったことがある割合（％）※介護予防・日常生活圏域ニーズ調査		50.0		64
⑲ くまもとメディカルネットワーク登録者数 (人)	4,900	5,000	5,100	65
基本目標 4．住民の希望、地域の実情に応じた多様な住まい・サービス基盤の整備・活用				
⑳ 高齢者徘徊 S O S ネットワーク協力事業者数（箇所）	69	71	73	78
㉑ 避難行動要支援者個別避難計画作成に向け取り組んでいる地区の数（地区）	5	10	15	82
基本目標 5．地域包括ケアシステムを支える多様な介護人材の確保・定着や 介護サービスの質の確保・向上				
㉒ 帳票を活用したケアプラン点検率（％）	13.0	13.0	13.0	84
㉓ 住宅改修の施工前点検実施率(%)	100.0	100.0	100.0	84
㉔ 住宅改修のリハビリ専門職による 施工前点検率(%)	100.0	100.0	100.0	84
㉕ 軽度者の福祉用具貸与後のリハビリ専門 職による点検率(%)	10.0	10.0	10.0	84
㉖ 医療との情報突合の帳票点検率（％）	100.0	100.0	100.0	85
㉗ 縦覧点検の点検帳票数【10 帳票中】	10	10	10	85

第1章 健康寿命の延伸

第1節 高齢者の社会参加の促進

1. 主要施策の概要

(1) 地域型サロン（いきいきサロン）整備事業の推進

いきいきサロンは、高齢者の生きがいづくり、閉じこもり防止を目的に、通いの場を高齢者自らで作り出すため、平成16年度より取り組んでいる地域型サロンです。サロンを推進するためには、地区役員ばかりでなく、介護予防サポーター・食生活改善推進員・民生委員等の協力が得やすいような関係づくり・連携ができることが重要となっています。そのため平成23年度より「介護予防サポーター養成講座」を実施し、本町全域でサロンが整備されるよう体制強化を図ってきました。その結果として、実施地区数は年々増加しており、活動に広がりも出てきています。今後も、高齢者にとって「歩いて行ける範囲に通いの場がある」というイメージを持っていただけるよう、引き続きいきいきサロンの拡充を図ります。

また、各行政区への啓発文書の配布や、未実施地区での説明会を順次実施し、体力・筋力向上を目的とした「いきいき百歳体操」の全地区実施に向けた継続的な支援を行いながら拡充を図ります。

参加者の高齢化に加え、新型コロナウイルスによる活動自粛の影響もあり、参加人数の減少や、担い手が不足している地区もみられるため、開催に課題のある地域の把握と町として行える支援を実施していきます。

地域型サロン事業	第8期計画の実績値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込)
①サロン実施箇所数（箇所）	63	60	61
②サロン開催回数（回）	579	652	667
③サロン延べ参加者数（人）	6,008	6,463	6,805
④百歳体操実施箇所数（箇所）	34	35	37
⑤百歳体操開催回数（回）	698	816	908
⑥百歳体操延べ参加者数（人）	7,353	8,387	9,239

→第9期計画の指標・計画値はP36に掲載しています。(①②③④⑤⑥)

(2) 老人クラブ等の活動支援

本町でも、老人クラブ数や会員数の減少がみられる中、老人クラブは高齢者の健康保持や、教養を高めるための学習活動、社会奉仕活動等、高齢者の生きがいつくりの促進を図る住民主体の自主活動組織として重要な役割を担って活動されています。

町は、老人クラブの維持・活性化につながるよう、シルバーヘルパー助成など各種支援に取り組んでいます。

(3) 介護予防活動支援事業の推進（介護予防サポーター養成等）

本町には、介護予防サポーター、脳いきいきサポーター、食生活改善推進員等、地域に根差した自主的な活動を行うボランティアが存在し、それぞれが独自の地域活動を推進しています。特に介護予防サポーターについては、いきいきサロンや、転倒予防教室等の通いの場の担い手として期待されることから、養成講座並びにサポーター間の交流促進に向け交流会や研修会等を行っています。また、地域で活動するボランティアへの支援として、講師派遣等による人材育成・研修会等の開催支援、広報紙等による情報発信や人材確保に向けた支援、本町の事業への参画を促す等の活動支援に努めています。さらに、生活支援コーディネーターの活動による地域サロン等における参加者からの情報収集及びサロン立ち上げの支援を行っており、今後もボランティア活動が積極的に推進されることを目指し、必要な支援を行います。

新型コロナウイルスの影響もあり、養成講座への受講者が少ない状況もみられているため、広報や区長会等で周知を行い、受講者の増員に努めています。

介護予防サポーター養成	第8期計画の実績値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込)
⑦養成講座受講者数（人）	403	420	435

→第9期計画の指標・計画値はP36に掲載しています。(⑦)

(4) 生涯学習・生涯スポーツ活動の推進

本町では、文化協会や総合型地域スポーツクラブでの活動を通して、身近な地域で学びやスポーツとの交流の場があります。高齢者が生涯学習、スポーツ・レクリエーション等の活動に気軽に参加することは、生きがいつくりにつながります。

また、令和2年度より、庁内の関係課が協力し、専門職がかかわりながら、医療機関と連携した運動・スポーツの習慣化を目指した「健幸運動教室」を開催しています。

今後も、健康推進課と連携し、保健事業と介護予防の一体的実施との連動も図りながら、高齢者の生きがいつくりと生涯学習・生涯スポーツへの参加を促進並びに活動の場等の情報提供をしていきます。

（５）健幸ポイント事業の活用

本町ではこれまでも、健康教室への参加や健診受診等、健康づくりに取り組んだ方が、ポイントを受け取って商品券に交換できる「健幸ポイント事業」を実施してきました。ポイントが貯まったら役場の総合窓口や支所でお買物券と交換して、町内の登録店（食料品・家電品・衣料品・飲食店・車関係等）で使うことができます。

令和元年度からは健康・福祉分野に加えて、教育課が実施している B&G での事業やふれあいスポーツクラブ等の活動の一部もポイントの対象として加わり、令和２年度にはお買物券の名称を「健幸応援券」へ変更して利用できる店舗の拡大を行い、町が主催する運動教室への参加や地域のサロンのリーダー・世話役として参加された方にも健幸ポイントを付与しています。

この事業を通じて、本人の健康増進や介護予防事業への参加を促し、社会参加、地域貢献を通じた生きがいを推進しています。

現在、ポイント事業のデジタル化についても検討しており、健幸ポイント事業による効果検証が図れる体制づくりを進めていきます。



2. 高齢者の就労支援と社会参加の促進

シルバー人材センターは、地域社会に密着した臨時的かつ短期的、またはその他の軽易な仕事並びにシルバー派遣事業を一般家庭、企業、公共団体等から引き受け、それぞれに合った仕事を会員に提供することにより生きがいの充実、福祉の増進を図り、活力ある地域社会づくりに貢献できることを目指す仕組みです。

今後も、シルバー人材センターの活動を支援することで、高齢者福祉の増進と就労を通じた社会参加の促進、高齢者の生きがいを図っていきます。

また、ひとり暮らしの高齢者などの家庭を訪問して話し相手や生活支援等の活動を実践するシルバーヘルパーや、第８期計画において発足した日常生活で支援が必要な高齢者等を対象に、日常のゴミ出し、軽微な修繕、買い物代行など地域住民がボランティアとして暮らしをサポートする地域の支え合い活動「かちゃあボランティア（住民参加型在宅福祉サービス）」などへの支援を通じて、高齢者の社会参加、生きがいづくり活動の一層の推進を図ります。

第2節 自立支援に向けた介護予防・日常生活支援総合事業の充実

1. 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）は、本町の実情に応じて地域住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実させることで、地域の支え合いの体制づくりを推進する事業です。



(1) 訪問型サービス

総合事業の訪問型サービスとして、本町では従前の訪問介護相当サービスと、訪問型サービスAを2つの事業所への委託により実施しています。訪問型サービスAにおいては、人員の関係で依頼があっても受け入れが出来ない事業所もあるため、訪問型サービスの人材確保の課題に対する取り組みとして、身体介護以外の間接介護・生活援助等を元気な高齢者が担える仕組みづくりを推進し、専門職による支援が必要な人に適切に提供できる体制の強化を図ります。

(参考) 国の示す訪問型サービスの類型

	提供中	提供中			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進	住民主体による支援等	・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

(2) 通所型サービス

総合事業の通所型サービスとして、本町では従前の通所介護相当サービスと、通所型サービスAを実施しています。通所型サービスAは2つの事業所への委託で実施しており、利用者の状態により短時間通所や入浴付等のコースを選択できるようにしています。

今後は、短期集中型サービス（通所型サービスC）の導入を含めた通所型サービス全体の見直しを検討し、より対象者の状態に合ったサービスの選択と、状態の変化に応じた支援が可能な仕組みづくりから、一時的に心身機能の低下がみられても元気になって元の生活に戻ることができる循環型の介護予防事業の提供体制を目指し、高齢者の自立支援を推進します。

(参考) 国の示す通所型サービスの類型

	提供中	提供中		
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

訪問・通所型サービス 利用者数・実施回数	第8期計画の実績値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込)
従前訪問介護相当サービス(人)	218	213	210
訪問型サービスA(人)	236	188	94
従前通所介護相当サービス(人)	559	540	530
通所A あいあいデイサービス(人)	1,120	1,243	1,566
通所A サロンdo須恵(人)	1,445	1,323	1,244
通所A 健やか茶論(人)	758	572	400
通所A 総実施回数(回)	394	384	391

（３）生活支援サービス

介護予防・生活支援サービス事業における生活支援サービスとは、

①栄養改善と安否確認を目的とした配食

②住民ボランティア等が行う見守り

③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援（訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供）

からなり、要支援・総合事業対象者に対して在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人等の多様な事業主体による重層的な生活支援サービスの提供を目指すものとなります。

本町においては、65歳以上の方のみで構成する住民税非課税世帯の要支援者及び総合事業対象者へ配食を行うことにより、栄養の改善と自立した日常生活の支援として、定期的な安否確認及び緊急時の対応を行う事業を展開しています。

配達人員の関係で受け入れできる件数に限りがあるなどの課題も見られていますが、今後も在宅生活を支えるサービスとして継続して実施の支援を行います。

訪問・通所型サービス 利用者数・実施回数	第8期計画の実績値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込)
配食サービス 利用件数（件）	2,850	2,655	2,668

（４）介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントとは、要支援者及び総合事業対象者に対し、介護予防・生活支援サービス事業、一般介護予防事業その他の適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業となります。

引き続き、地域包括支援センターを中心として実施していきます。

2. 一般介護予防事業の推進

65 歳以上のすべての方及びその支援のための活動にかかわる方を対象に、介護予防に関する知識の普及・啓発や地域の自発的な介護予防活動の支援を行なうことを目的として実施します。

本町では一般介護予防事業を次の（１）～（４）に分類して各事業を展開しています。

（１）介護予防把握事業

介護予防把握事業とは、地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、住民主体の介護予防活動へつなげるものです。

本町では、介護予防・日常生活圏域二一ス調査により、高齢独居や高齢夫婦世帯、85 歳以上の介護認定を受けていない方や認知症のリスクを抱えた方などリスクが高いと考えられる高齢者一人ひとりの状態把握を行っています。さらに、調査項目には基本チェックリスト 25 項目が含まれており、総合事業の対象者か否かの判別も可能であることから、今後も本データを活用し、生活支援サービスや介護予防事業の対象となる高齢者の把握から効果的な事業展開につなげます。

また、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施において抽出されるリスク対象者を適切な医療や介護サービス等につなげていく体制づくりについても引き続き取り組みます。

（２）介護予防普及啓発事業

介護予防普及啓発事業とは、介護予防に関する基本的な知識を普及・啓発するためパンフレットの作成配布や講座等を開催し、地域における自主的な介護予防の活動を支援していく事業であり、

- ①介護予防の知識を普及・啓発するためのパンフレット等の作成及び配布
 - ②介護予防の知識を普及・啓発するための講演会や相談会等を開催
 - ③介護予防の普及・啓発に資する運動教室等の介護予防教室等を開催
 - ④各対象者の介護予防事業の実施の記録等を管理するための媒体を配布
- という大きく 4 つの事業から成り立ちます。

本町では、介護予防普及啓発事業として、介護予防サポーター養成や転倒予防教室の支援等を行っています。

介護が必要となる要因の一つに転倒による骨折があります。転倒予防は高齢者ができる限り要介護状態になることなく、健康で生き生きした生活を送るために重要となります。

本町では、参加者がいつでも身近に体操ができる環境として位置付けている転倒予防教室を長年にわたり実施しており、転倒予防サポーター等のボランティアが自ら考え、活動を行っていますが、地区サロンやいきいき百歳体操等の活動の充実に伴い、開催箇所の閉鎖等により、本事業の参加者は減少してきています。今後の事業の継続については、いきいき百歳体操や他事業への移行等を考慮しながら検討を進めていきます。

（３）地域介護予防活動支援事業

地域介護予防活動支援事業とは、市町村が介護予防に資すると判断する地域における住民主体の通いの場等の介護予防活動を支援する事業です。

本町では地域介護予防活動支援事業として、「地域型サロン事業」「脳いきいき事業」を行っており、事業の実施においては健幸ポイント事業を活用しています。

（４）地域リハビリテーション活動支援事業

地域における介護予防の取り組みを機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する事業です。

本町では、地域ケア会議への参加支援や、いきいき百歳体操の初回開催地区への体操の指導や継続して開催している地区の支援にリハビリテーション専門職を派遣しています。

今後は、リハビリテーション専門職によるいきいき百歳体操を継続して開催している地区などの定期評価支援の実施についても検討を進め、通いの場の評価を行う体制づくりを推進します。



第3節 保健事業と介護予防の一体的実施の推進

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るために健康保険法等の一部を改正する法律の施行に伴い、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施が求められています。高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定の整備等を行い、必要な分析を行ったうえで、75歳以上の後期高齢者に対する保健事業を、市町村が介護保険の地域支援事業と一体的に実施することとされており、本町では令和2年度より高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業を行っています。

1. 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）

（1）後期高齢者健診・歯科口腔健診受診率の向上等

後期高齢者健診の受診率向上のため、受診をしやすい環境づくりなどに取り組んでいます。令和4年度からは、それまでの地区に巡回しての実施から、せきれい館1か所での実施に変更し、送迎の実施や、靴の脱ぎ履きなく受診が出来るような工夫を行うことで、それまで受診を躊躇していた方の受診にもつながっています。

また、集団健診未受診者で75歳から79歳までの方に対して、健診センターコスモでの健診受診日を設定するなどの取り組みも実施しており、健診の受診者数・受診率ともに向上がみられています。

後期高齢者の歯科口腔健診については、町内の一部の歯科医院では実施ができませんが、勧奨の機会を増やす取り組みを進めており、引き続き受診率向上を図ります。

また、今後は薬剤師とも連携強化を図り、高齢者の服薬管理などに対する取り組みについても検討を進めます。

保健事業と介護予防の一体的実施	第8期計画の実績値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込)
⑧後期高齢者健診受診率(%)	19.8	20.1	25.0
⑨歯科口腔健診受診率(%)	6.9	2.9	6.8

➡第9期計画の指標・計画値はP36に掲載しています。(⑧⑨)

（２）高齢者の生活習慣病の重症化予防及び食生活の改善に向けた取り組み

町の現状の分析、医療費・介護保険料の適正化につなげていくことを目的に、健診データと医療レセプト及び介護保険レセプト、KDB※システム等を使いながら課題を解析し、町民の健康寿命の延伸につながるようなはたらきかけを行っています。

生活習慣病は健診データの変化を見ながら、重症化しないように個別に対応していくことが必要であり、食事や運動習慣が大きくかかわってきます。健診受診者を増やし、健康課題に関して抽出した対象者へ個別アプローチを中心に、生活状況や理解力に合わせた保健指導を行うことが重要です。後期高齢者に対する保健指導では、より理解がしやすい伝え方を心掛け、生活習慣の改善に向けた意識と行動の変容が図れるよう、引き続き取り組んでいきます。

また、高齢者やその家族が食についての必要な知識がなく、栄養のバランスが偏ると健康に支障をきたし、介護が必要な状態になりがちです。そのため食育を推進し、高齢者本人や家族が食生活の改善ができることを目指し、高齢者の料理教室開催を支援していきます。今後は参加割合の低い男性や新しい方が参加しやすく、地域とのつながりも図れるような実施の形態を検討し、高齢者の食生活改善を支援します。

保健事業と介護予防の一体的実施	第 8 期計画の実績値		
	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度 (見込)
⑩重症化予防の個別対応数(人)	21	199	70

→第 9 期計画の指標・計画値は P36 に掲載しています。(⑩)

※KDB：国民健康保険の保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、国民健康保険団体連合会が「健診・保健指導」、「医療」、「介護」の各種データを利活用して、「統計情報」・「個人の健康に関するデータ」を作成するシステム

2. 通いの場等への積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ）

本町では、高齢福祉課や社会福祉協議会を中心に、各地区において地域の自主的な通いの場として開催されている地域型サロンと、いきいき百歳体操を活用したロコモ※予防の推進に取り組んでいます。

これらの地域で実施されている住民に身近な通いの場で、管理栄養士や保健師等の専門職がフレイル予防やロコモ予防、認知症予防などの講話や健康相談を行い、介護予防事業と保健指導を一体的に実施していきます。後期高齢者においては、若いころのメタボ予防から「やせ」のリスクに考え方を変えていく必要があります。管理栄養士が低栄養予防や食事バランスについての講話を行い、質問票の活用やサロン代表者との情報交換により高リスク者の把握を行います。

また、口腔機能低下から活動性の低下や心身の状態低下がみられる方も多いことから、歯科口腔健診の受診勧奨や、歯科医師とも連携を図り、口腔状態の改善につなげていくことが必要です。そのために、歯科衛生士が通いの場での講話や質問票等による指導対象者を抽出し、電話や訪問等で個別に保健指導を行います。

多くの後期高齢者がかかりつけ医を持っており、医療面に配慮した運動や栄養指導、保健指導等が必要な方も多い状況です。そこで、令和2年度から庁内の関係課が協力し、医療機関と連携した運動・スポーツの習慣化を目指した健幸教室事業を実施しています。本事業のこれまでの取り組みを通じて、運動だけでなく参加者同士の交流や生きがいづくり、心の健康づくりにもつながっています。社会的フレイル予防の観点からも引き続き取り組んでいきます。

また、地域で自主的に運動を行う活動や、それをフォローアップする取り組みを推進し、より多くの高齢者にロコモ・フレイル予防が広まっていくよう努めます。

保健事業と介護予防の一体的実施	第8期計画の実績値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込)
⑪ロコモ・フレイルに関する健康講話 実施数(箇所)	30	25	30
⑫口腔機能の向上に向けたお口の健康教室 開催回数(回)	46	36	40
⑬口腔機能の向上に向けたお口の健康教室 参加者数(人)	323	300	360

➡第9期計画の指標・計画値はP36に掲載しています。(⑪⑫⑬)

※ロコモ：ロコモティブシンドローム（運動器症候群）の略称。運動器の障害のために立ったり歩いたりするための身体能力（移動機能）が低下した状態。フレイルが運動器だけでなく消化器や脳なども含めた全身の機能低下が原因になるのに対して、ロコモは「運動器の衰え」が原因となる機能低下のことで、「身体的フレイル」の原因とされている。

第2章 認知症の予防と共生の推進

第1節 認知症への理解の普及・啓発と相談窓口の認知度向上の推進

本町では、認知症の発症により生活上の困難が生じた場合でも、重度化を予防しつつ周囲や地域の理解と協力のもと、本人が希望を持って前を向き、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、安心して自分らしく暮らし続けることができるまちづくりを目指し、今後もさまざまな取り組みを行っていきます。併せて、認知症の方をはじめとする高齢者の権利擁護、虐待防止に向けた取り組みを推進します。

1. 認知症サポーターの養成による理解の普及と活動につなげる取り組み

認知症に対する正しい知識を持って、地域で認知症の人の見守りなどの支援を実践する認知症サポーターを養成するため、認知症サポーター養成講座を開催しています。

本町では、コロナ禍であった第8期計画期間中においても、認知症サポーター養成講座を計画的に開催し、養成講座受講者数は計画値以上となっていますが、小中学生や高校生が多くを占めているため、担い手となれる世代のサポーターを増やすことが、人材の面だけでなく認知症に対する理解を広める意味でも重要となってきます。

今後も、計画的な養成講座の開催はもとより、より幅広い世代で受講者を増やす取り組みについても検討を進め、養成を受けたサポーターを認知症カフェなどの運営支援につなげる取り組みを推進します。

また、若年性認知症に対する知識や成年後見制度の周知など、認知症に関してより深い理解が得られるような養成講座の内容の見直しについても検討していきます。

認知症サポーター養成	第8計画の実績値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込)
⑭養成講座受講者数（人）	428	581	500
⑮養成講座開催回数（回）	7	10	9

➡第9期計画の指標・計画値はP37に掲載しています。(⑭⑮)

2. 認知症相談窓口の認知度向上に向けた取り組みの推進

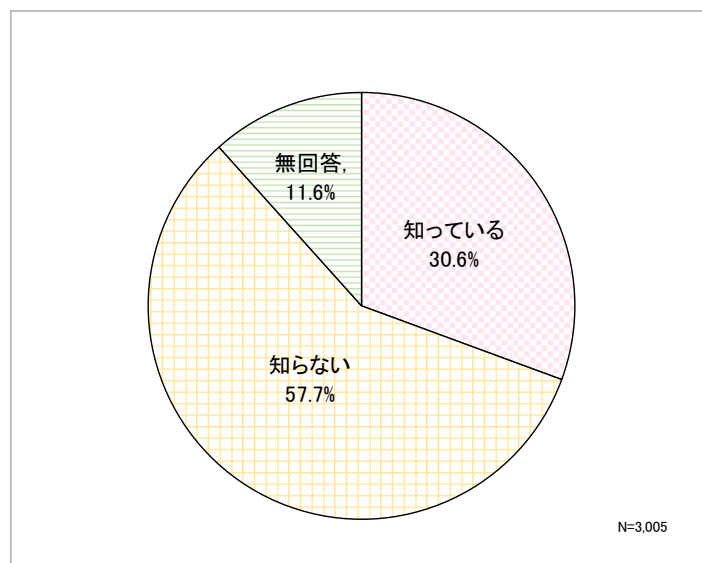
令和5年に実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において、認知症に関する相談窓口を「知っている」と答えた方は30.6%と低い割合にとどまっています。

本町では、認知症に対応できるかかりつけ医や認知症サポート医、認知症疾患医療センター等の認知症医療に関する相談窓口の周知活動と、認知症の状態に応じ、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのかという本町の認知症ケアに対する情報を体系的に整理し資料化した認知症ケアパスを作成し、配布を行っています。

また、町の各種サポーター養成講座や教室の参加者には、認知症ケアパスの配布に加え、町が実施している「もの忘れ相談」や「メンタルヘルス相談」などについての案内を行い、認知症予防に関する町の取り組みの周知と、認知症の相談に対する意識の向上を図っています。

今後も、町のあらゆる取り組みの機会や広報紙などの媒体の活用も含めて、引き続き認知症に関する基礎的な情報の発信とともに、具体的な相談先や受診先が明確に伝わるような周知や普及・啓発の活動を行い、相談窓口の認知度の向上を図ります。

【認知症に関する相談窓口の認知度】



※令和5年 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査より

➡第9期計画の指標・計画値はP37に掲載しています。(⑩)

第2節 認知症の予防の推進

1. 認知症の予防についての理解の促進

国が示す認知症施策推進大綱では、「認知症はだれ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などを含め、多くの人にとって身近なものとなっている。認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、『共生』と『予防』を車の両輪として施策を推進していく」とされています。

また認知症の「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「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」とされています。

本計画では、引き続き一般介護予防事業等の機会を通じて、住民全体の認知症の予防についての理解促進を図ります。

2. 早期発見・早期対応の充実と認知症予防事業の展開

地域における認知症高齢者の早期発見、早期介入、早期のサービス利用が可能となるよう、地域包括支援センターと認知症地域支援推進員を中心に、保健、医療、福祉の関係機関、専門職や地域の民生委員・児童委員、老人クラブ、ボランティア団体等の連携強化を図っています。

本町では、認知症疾患医療センターによる「もの忘れ相談」、精神科医師に認知症やうつ病の対応等を相談できる「こころの健康相談」や、認定心理士による「メンタルヘルス相談」を実施しています。いずれの相談も無料であり、本人が来られなくても、その家族や関係者だけでも相談ができ、訪問や電話による相談にも対応しています。

また、令和2年度からは脳いきいき教室と、脳いきいきサポーター養成講座をそれぞれ実施しています。脳いきいきサポーターの受け皿となる地域の認知症予防の活動と、養成後にそこにつなげていく仕組みづくりにまだ課題がみられるため、引き続き地域の担い手づくりにつながる支援を進めていきます。

さらに、令和2年度から実施をしている保健事業との一体的実施でのアウトリーチにより、MCI（軽度認知障害）から軽度認知症の疑いのある方が抽出された際は、地域包括支援センターを通じて状態に応じた適切なサービスへつなぎ、早期対応が図れる仕組みを構築していきます。

脳いきいきサポーター養成	第8期計画の実績値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込)
⑰養成講座受講者数（人）	30	30	21

➡第9期計画の指標・計画値はP37に掲載しています。(⑰)

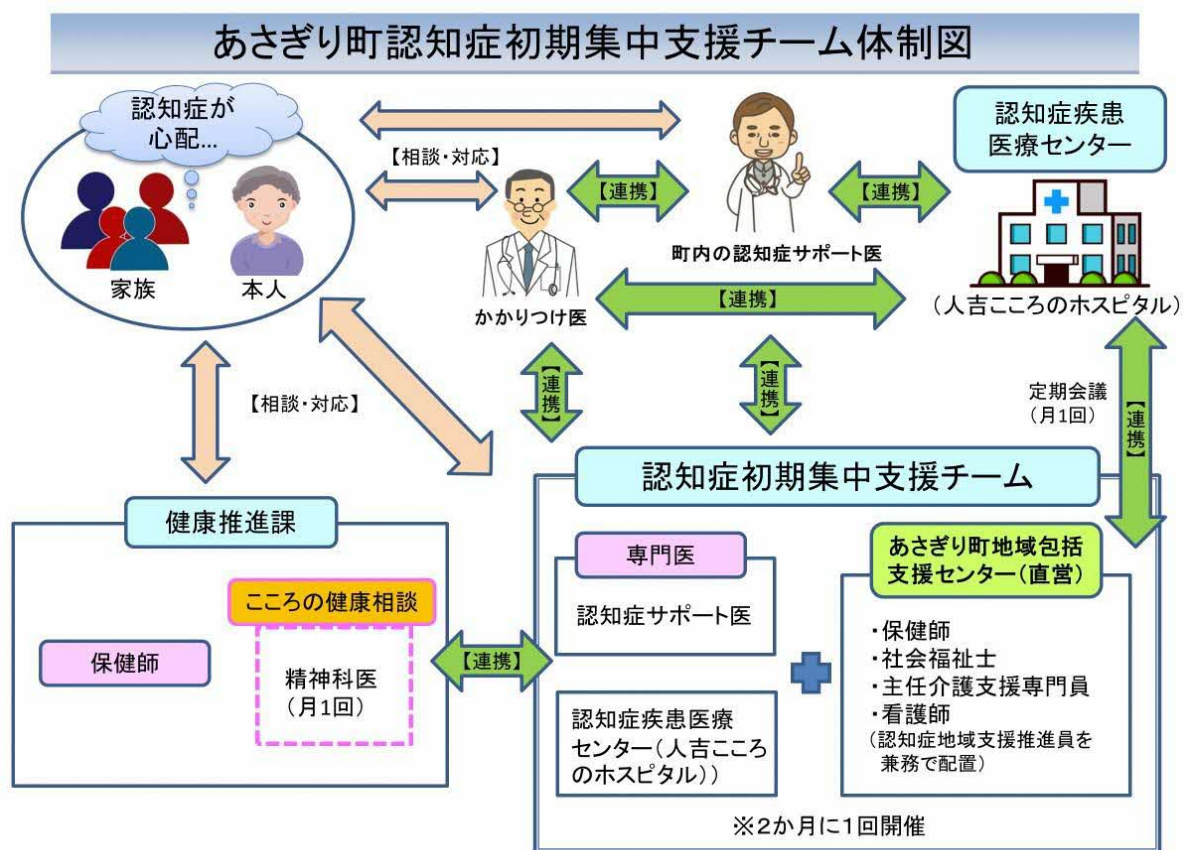
第3節 認知症医療・ケア・介護サービスの推進

1. 認知症地域支援推進員と認知症初期集中支援チームの活動の活性化

認知症の状態に応じて必要なサービスが適切に提供されるように、医療機関や介護サービス、地域の支援機関との連携支援や、本人やその家族への相談業務等を行う認知症地域支援推進員を配置し、認知症サポート医や認知症疾患医療センターなどからの複数の専門職で構成される認知症初期集中支援チームを設置しています。

また、認知症初期集中支援チームでは、2か月に1回の事例検討会議を開催し、認知症支援にかかわる専門職が情報を共有して支援体制の強化を図っています。

認知症地域支援推進員としての活動の状況や、認知症初期集中支援チームによる実際の訪問の状況については、いずれにもかかわる地域包括支援センターとの活動の棲み分けなどの面で課題がみられるため、本町の実情に応じた認知症地域支援推進員及び認知症初期集中支援チームの活動の活性化が図れるよう、介入するケースの整理などについての体制整備を進めます。



2. 認知症ケアパス等を活用した普及・啓発活動の推進

認知症ケアパスとは、認知症の初期段階における予防方法や、利用することができる医療機関、介護サービス等、状態に応じた適切なサービス提供の流れを体系的に示したものであり、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指した、「認知症ケアの流れ」を示すものです。

認知症の方に対し、状態に応じた適切なサービスを提供するには、地域に介護保険サービスや医療機関、インフォーマルサービス、関連領域の制度やサービス等の社会資源の整備と同時に、適切なケアマネジメントが提供される必要があります。

本町では、令和5年度に認知症ケアパスの更新を行い、認知症に関する相談の際や、認知症に対する医療的ケアやサービスが必要な方を中心に、配布による案内を行っています。

また、認知症施策に関する情報発信のため、認知症に関する本町の取り組みや、あさぎり町 SOS ネットワーク（認知症高齢者徘徊時の連絡体制）、医療・介護サービス等の情報がわかりやすく入手できるよう、広報紙掲載、各サロン開催時、民生委員・児童委員や区長・分館長の定期会合等の折りに説明会・チラシ配布を実施するとともに、認知症に関するホームページの内容の充実を図ります。



※あさぎり町「認知症ケアパス」より（内容は令和5年度に更新を行う前のものです。）

第4節 認知症への対応力向上の推進、社会参加支援の推進、本人発信支援の推進

1. 介護従事者の認知症への対応力向上の推進

厚生労働省は平成30年度に「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定に基づく意思決定支援ガイドライン」を定め、行政・医療従事者・介護従事者に向けた認知症対応能力の向上の推進を図っています。

令和3年度の介護報酬改定に伴い、すべての介護サービス事業所で直接認知症ケアに携わる無資格の介護職員の認知症介護基礎研修の受講が義務付けられていることから、町内の介護サービス事業者に対して、必要な情報提供及び助言と適切な支援を行います。

2. 若年性認知症の人への支援の推進

認知症は、一般的に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。若年性認知症は、働き盛りの世代で発症することもあり、本人だけでなく、家族の生活への影響が大きくなりやすい特徴があります。さらに本人や配偶者の親の介護が重なることもあり、介護の負担が大きくなります。若年性認知症は社会的にも大きな問題ですが、企業や医療・介護の現場でもまだ認識が不足している現状です。

本町では、相談件数はまだ少ない状況ですが、発症年齢が若いということから、経済面や就労、年金等の支援が必要な場合は、障がい福祉サービス等の活用の検討、生活福祉課や健康推進課及び関係機関とも連携した取り組みが必要になると考えられます。

また、人吉球磨圏域ぐるみでの若年性認知症の方の居場所づくり、就労・社会参加等の支援を推進していきます。今後、若年性認知症の方でもさまざまな社会参加が行えるよう、受け入れを協力してくださる事業所を募り、居場所づくりの推進を図っていきます。

さらに、県の相談窓口とも連携を取りながら取り組みを推進するとともに、認知症サポーター養成講座などの場においても、若年性認知症に対する理解を深める研修などの実施を検討します。

3. 認知症カフェの充実

認知症になると、本人の気力の低下や、徘徊や事故等への家族の不安から、閉じこもりがちになるケースが多く、社会との接点を失うことで、症状の進行が加速してしまう恐れもあります。介護する側にとっても、常に閉鎖された家庭の中で介護を続けることは、大きなストレスです。

認知症カフェは、このような状況を回避し、当事者だけでなく、家族介護者、専門職、地域の人々が集まり、同じ状況の仲間が、皆で認知症に向き合う場となります。

本町では、認知症の人とその家族の交流の場として認知症カフェが町内2事業所で開催されており、養成を受けた認知症サポーターも参加して運営支援を行っています。そのうち、各公民館への出張型カフェとして対応している事業所もあることから、今後は事業所の協力を得ながら、多くの地区での開催を図ります。

また、認知症カフェの開催において、認知症地域支援推進員や認知症サポーターが連携することにより、認知症の人とその家族が気軽に参加できる環境づくりや、地域の見守りの中で安心して暮らし続けることができる地域づくりを推進していきます。

4. 認知症の人の意思決定に基づく本人支援の推進

厚生労働省が定めた「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」では、「普段から、我々一人ひとりが自分で意思を形成し、それを表明でき、その意思が尊重され、日常生活・社会生活を決めていくことが重要であることは誰もが認識するところであるが、このことは、認知症の人についても同様である。」「認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定支援の基本的な考え方（理念）や姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理して示し、これにより、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることを目指すものである。」とされています。

本町においても、地域の実情に合わせた取り組みを検討し、認知症カフェを起点として、認知症サポーターや認知症地域支援推進員を中心としたチームオレンジ※の設置を目指します。

※チームオレンジ：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、市町村が認知症地域支援推進員などの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方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などの支援者をつなぐ仕組み。

第5節 成年後見制度利用促進計画の推進と高齢者の虐待防止の推進

1. 成年後見制度利用促進計画の推進

「成年後見制度利用促進計画」

認知症や知的障がい、精神障がいなどによって物事を判断する能力が十分でない方について、その方の権利・理念（障がいをもつ者ともたない者とが平等に生活する社会を実現させる・本人の残存能力の活用・自己決定の尊重）を守る援助者（成年後見人等）を選任することにより、支援する制度となります。

本町では、平成 27 年度からの人吉球磨成年後見センターの運営開始に伴い、同センターと連携を図りながら、町内の地域ネットワークを活かした早期対応を基本とし、高齢者の権利擁護を推進しています。

今後も、認知症高齢者や独居高齢者の増加が見込まれる中、成年後見制度や権利擁護に関する相談を受けた場合は、必要に応じて弁護士による専門相談へのつなぎを行うとともに、申し立て手続き等の相談に応じることで、成年後見制度の普及や利用促進をさらに推進していきます。

また、成年後見制度を利用するほどの判断能力の低下は見受けられないが、介護や福祉サービスの手続き方法が分からない、あるいは、金銭管理等に不安のある住民については、社会福祉協議会の日常生活自立支援事業等の活用を図ります。

（参考）成年後見制度と日常生活支援事業の比較のイメージ

制度等	厚労省	法務省			
	日常生活支援事業	任意後見	法定後見		
			補助	保佐	後見
対象者	元気高齢者		判断力が不十分 軽度認知症	判断力が著しく不十分 中等度認知症	ほとんど判断できない 高度認知症
相談先	地域包括支援センター				
	社会福祉協議会	公証人役場	家庭裁判所 申立できる人 ○本人・配偶者・4親等以内の親族等 ○身寄りのない人・親族が拒否した場合は市町村長		

（１）成年後見制度の種類

① 任意後見制度

将来、判断能力が不十分となった場合に備えて、「誰に」、「どのような支援をしてもらうか」をあらかじめ契約により決めておく制度となります。

任意後見契約は、公証人の作成する公正証書によって結ぶものとされています。

② 法定後見制度

判断能力が低下した場合に、家庭裁判所が援助者として成年後見人等を選任する制度であり、判断能力の程度など本人の事情に応じて、「後見」、「保佐」、「補助」の３つの類型があります。

この制度を利用するためには、家庭裁判所に審判の申立てをする必要があります。

【成年後見制度類型別利用者数】

単位：（人）

後見	保佐	補助	任意後見	合計
73	6	3	0	82

※熊本県家庭裁判所後見センター提供情報（Ｒ5.12.31 時点）より

（２）権利擁護支援の地域連携ネットワークの構築

利用者と後見人等を支えるチームを支援するなど、成年後見制度の利用を促進するため、既存の保健・医療・福祉の連携に司法も含めた新たな仕組みとして、地域連携ネットワークの構築に努めます。

この地域連携ネットワークにおいては、（ア）権利擁護支援の必要な人の発見・支援、（イ）早期の段階から相談・対応体制の整備、（ウ）意思決定支援・身上保護を重視した成年後見制度の運用に資する支援体制の構築という３つの役割を担うことを念頭に、広報機能・相談機能・成年後見制度利用促進機能・後見人支援機能の４つの機能を段階的・計画的に整備し、不正防止の効果を高める体制の構築に努めます。

① 成年後見制度利用促進の中核となる機関の設置・運営

権利擁護支援の地域連携ネットワークを整備し、協議会等を適切に運営していくためには、その中核となる機関が必要となります。球磨圏域では「人吉球磨成年後見センター」が中核機関となり、さまざまなケースに対応できる法律・福祉等の専門知識や、地域の専門職等から円滑に協力を得るノウハウ等が蓄積され、地域における連携・対応強化の推進役を担うこととしており、今後も同センターとの連携強化を図ります。

② 利用者と後見人を支えるチームの形成

利用者に身近な親族、福祉・医療、地域等の関係者と後見人がチームとなって日常的に本人を見守り、本人の意思や状況を継続的に把握し必要な対応を行う体制づくりに努めます。

③ 協議会の開催

成年後見等開始前後を問わず、個々のケースに対応する「チーム」に対し、法律・福祉の専門職団体や関係機関が必要な支援を行えるよう協議会を設置し、既存の組織を活かしながら、各種専門団体や関係機関の協力・連携強化体制の構築を目指します。

なお、協議会については、町単位と球磨圏域単位での設置を目指します。

（３）適切な受任者調整と関係機関の連携による町長申立の推進、利用助成の活用

成年後見制度の利用に際しては、本人の意向の確認とともに必要な支援内容を把握し、本人にとって望ましい後見人等が選任されるよう、地域連携ネットワークや中核機関が本人を取り巻く支援状況等を家庭裁判所に的確に伝えることができる体制の構築を目指します。

また、判断能力が不十分で、親族等からの支援が得られない人に対して実施する市町村長申立を適切に行い、関係機関と連携しながら制度利用につなげていきます。

さらに、申立費用や後見人等の報酬を負担することが困難な場合に、成年後見制度利用支援事業を活用し助成を行います。今後報酬助成の対象拡大についても検討していきます。

【申立件数】

単位：(件)

	令和２年度	令和３年度	令和４年度	令和５年度
申立件数	4	5	13	3
(うち市町村長申立)	4	1	7	1

※熊本県家庭裁判所後見センター提供情報（R5.12.31時点）より

（４）成年後見制度の広報・啓発活動の強化

成年後見制度が利用者の生活を守り権利を擁護する重要な手段であることなどを、既存の各団体・機関を活かしてパンフレットの配布や研修会等の開催や、各種イベントでの広報・啓発活動を通して、理解を深められるよう広報活動に取り組みます。

同時に、地域連携ネットワークの関係者や、成年後見制度に関連する福祉関係者等の専門的知識普及のため、研修会等を開催し、利用者の早期発見や利用者の安心した制度利用につながるよう周知に努めます。

（５）利用者本人の意思決定支援及び身上保護の充実

権利擁護に関する相談に際し、本町・地域包括支援センター及び社会福祉協議会等が連携して対応するとともに、身上保護が必要な場合には、本人の尊厳を守りながら、本人の意向に基づいた福祉サービスや医療等の公的サービスの提供がなされるよう「チーム」による支援に努めます。

（６）後見人等の担い手の確保

法人後見は、公共性、継続性が高く、長期にわたる利用者への支援が可能であり、また関係機関との連絡調整も取りやすいことから、利用者の安心した制度利用につながるよう周知を強化します。

また、親族後見人に対しては、制度に対する情報提供や研修会の案内などにより孤立や不安を解消し、安心して後見等業務に取り組むことができるよう支援します。

さらに、今後の成年後見制度の利用促進を踏まえた需要に対応していくためにも、地域住民の自主活動を通じて地域でともに支えあい、共生していく社会の実現に向けて、支援の担い手としての市民後見人の育成を図っていくとともに、市民後見人として活動ができるよう家庭裁判所等の関係機関と連携し実現に向けた協議を進めていきます。



2. 高齢者の虐待防止の推進

(1) 高齢者虐待防止に関する啓発の充実

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」は、高齢者虐待の（再発）防止、虐待を受けた高齢者の保護だけでなく、養護者の負担の軽減等の養護者に対する支援等を目的としており、虐待を受けた高齢者の保護や養護者の支援については、市町村が第一義的に責任を持つとされています。

また同法律では、養介護施設の設置者又は養介護事業を行う者は、（ア）養介護施設従事者等の研修の実施、（イ）当該養介護施設に入所し、その他当該養介護施設を利用し、又は当該養介護事業に係るサービスの提供を受ける高齢者及びその家族からの苦情の処理の体制の整備、（ウ）その他の養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等のための措置を講ずるものとするとしています。

高齢者虐待には、以下の5つの類型があり、虐待を発見した者には、速やかに市町村に通報する努力義務が課されています。

高齢者虐待が発生しないよう、また、発生した場合は早期発見につながるよう、広報紙等を活用した普及・啓発に努めます。

また、介護サービス事業所に対する集団指導などの機会を通じた従事者へ的高齢者虐待の防止、身体拘束の廃止及び高齢者の権利擁護に関する周知を推進します。

【高齢者虐待の類型】

類型	定義
身体的虐待	高齢者の身体に外傷が生じ、または生じるおそれのある暴力を加えること。
介護・世話の放棄、放任（ネグレクト）	高齢者を衰弱させるような著しい減食、長時間の放置など、介護を著しく怠ること。
心理的虐待	脅しや侮辱などの言語や威圧的態度、無視、嫌がらせ等によって、精神的苦痛を与えること。
性的虐待	本人が同意していない、あらゆる形態の性的な行為やその強要を行うこと。
経済的虐待	本人の合意なしに財産や金銭を使用し、本人が希望する金銭の使用を理由なく制限すること。

（２）高齢者虐待の防止と高齢者保護に向けた取り組みの促進

本町では、高齢者の権利擁護の推進に向け、地域のネットワークを活かした早期発見・早期対応を基本とし、必要に応じて老人福祉施設等への緊急避難的な入所対応を含めた個別対応を図ってきました。

（３）虐待防止機能の強化

高齢者虐待を早期に発見し、問題の深刻化を防ぐためには、近隣住民をはじめ地域の民生委員や自治会等の地域組織、介護保険サービス事業者等、高齢者を取り巻くさまざまな関係者が、高齢者虐待に対する理解を深め、虐待の兆候に気づくことが大切です。

（４）虐待への対応

通報や届出等により虐待を受けている、もしくは虐待を受けている可能性がある高齢者の安全確認及び事実確認の調査を、地域包括支援センターと連携して実施していきます。また、弁護士、司法書士等により構成される専門職チームとの連携を強化することで、虐待ケースに対して、あらゆる面からの解決を図ります。

支援にあたっては、個別ケース会議において支援方針を決定し、必要に応じて保護の措置を講じるなどの緊急的な対応を図ります。

高齢者虐待への対応においては、認知症高齢者等が虐待を受けるリスクが高いことから、必要に応じて認知症に関する各種施策と連携しながら、必要な方には、成年後見制度の活用を促進していきます。

第3章 在宅でも安心して暮らせるための医療と介護の連携・在宅医療基盤の充実

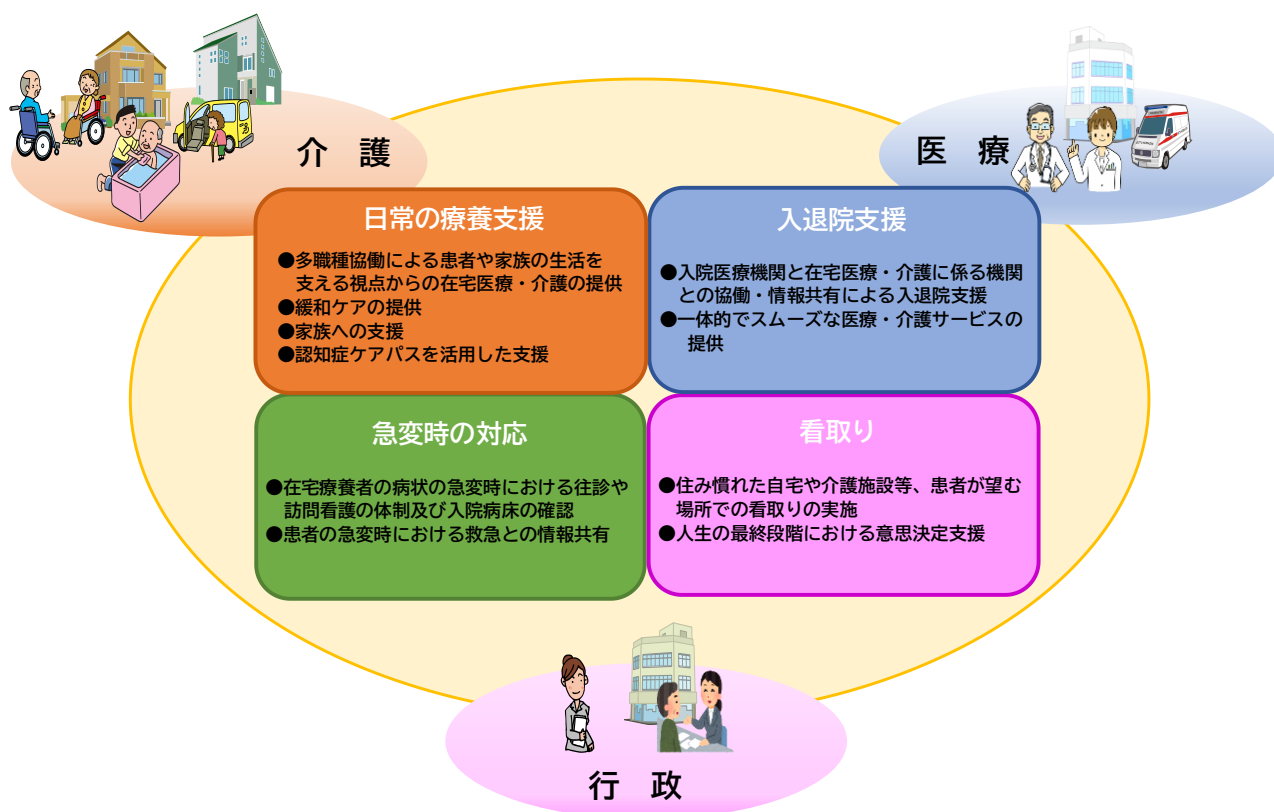
第1節 在宅医療・介護連携の推進

1. 在宅医療・介護連携事業のPDCAサイクルの構築

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期まで続けることが出来るよう、在宅医療と介護を一体的に提供し、切れ目のない提供体制の構築に取り組みます。

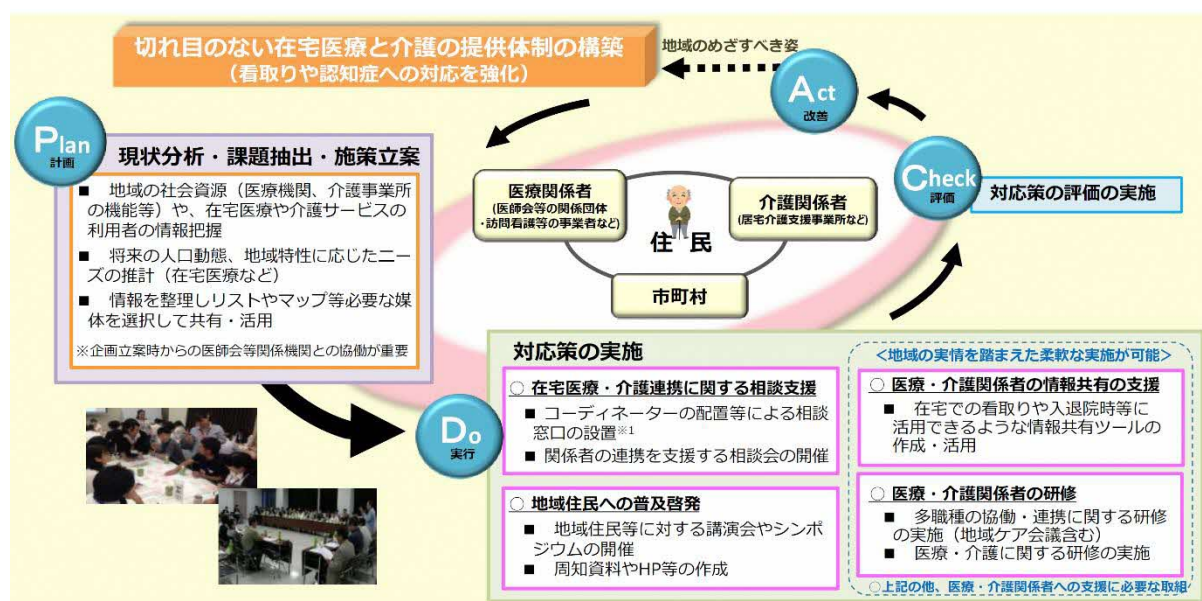
在宅医療・介護連携推進事業においては、高齢者のライフサイクルを意識したうえで、医療と介護の連携した対応が求められる4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）それぞれに即したPDCAサイクルを構築していく必要があります。今後も関係各機関・関係団体との役割分担のもと、包括的かつ継続的な在宅医療と介護の一体的な提供体制を整備します。

【在宅医療の4場面別の連携のイメージ】



※厚生労働省資料（参考）

【在宅医療・介護連携事業のPDCA サイクルのイメージ】



※厚生労働省資料より

2. 多職種連携体制づくりの推進

高齢化の進む本町では、人生の最期を住み慣れた自宅で過ごしたいという高齢者の願いを、高齢者自身だけでなく、その家族、地域や関係機関が一体となって考えることが重要となっています。

地域医療の充実には人吉球磨圏域全体で力を入れており、県、郡市医師会、医療機関、在宅医療サポートセンター、居宅介護支援専門員協会等との連携により、在宅医療介護連携体制の充実を図っています。

また、「在宅医療と介護連携のための多職種研修会」を年1回開催し、事例検討等を行い、顔の見える関係等ネットワーク化を図ってきました。

新型コロナウイルスの影響により、第8期計画期間中は人吉球磨圏域での連携体制づくりが進まなかった状況もあるため、今後あらためて連携の強化に取り組み、日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取りのそれぞれの場面における圏域内での課題の抽出から、目標の設定、対応策の実施から評価までを行っていく体制の構築を目指します。

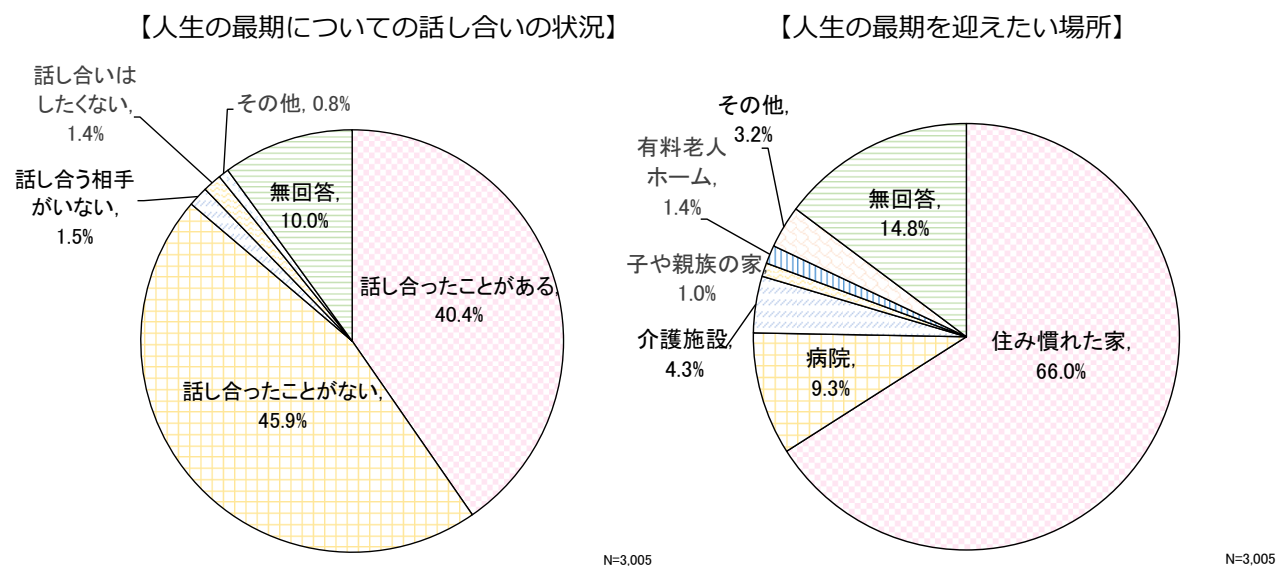
また、一般介護予防事業の地域リハビリテーション活動支援事業における、リハビリテーション専門職の各地域サロン等への派遣や、地域ケア会議への参加等により、より効果的な医療と介護の連携における多職種連携体制づくりを推進していきます。

3. 在宅医療・介護の普及・啓発の推進

令和5年に実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において、延命治療の希望など、人生の最終段階について「家族と話し合ったことがある」と答えた方は40.4%、「話し合ったことがない」と答えた方は45.9%という結果でした。

また、「人生の最期を迎えたい場所」については、「住み慣れた家」が66.0%と最も多くなっていますが、それ以外にも多様な希望が存在しています。

元気なうちから、もしものときのために自分の希望や想いを伝える機会をつくるACP（アドバンス・ケア・プランニング[※]）の重要性についての普及啓発のため、関連する講座や研修、講演会等の実施、広報紙等を活用した周知など、今後、町として行える取り組みを検討し、より多くの町民が人生の最終段階の過ごし方の選択肢を知り、自分がどう過ごしたいかを考える機会が創出されるように努めます。



※令和5年 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査より

➡第9期計画の指標・計画値はP37に掲載しています。(18)

[※]ACP（アドバンス・ケア・プランニング）：もしものときに、どのような医療やケアを望むのか、前もって考え、家族や信頼する人、医療・介護従事者たちと繰り返し話し合い、共有すること

4. くまもとメディカルネットワークを活用した在宅医療と介護の促進

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活していくためには、質の高い医療・介護サービスの提供が必要不可欠です。限りある人材、施設等の地域資源を有効活用するうえでは、診療情報等の迅速かつ適切な共有を図っていくことが必要となります。

県医師会、県、関係機関が連携して進める「オール熊本」での医療・介護連携ツールである「くまもとメディカルネットワーク※」を活用し、在宅医療と介護の連携を強化していきます。

また、保健・医療・福祉に関する地域資源の機能と役割分担や業務の連携状況を住民にわかりやすく整理し、情報提供や普及・啓発を図ります。

くまもとメディカルネットワーク	第8期計画の実績値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込)
⑬登録者数(人)	3,413	4,168	4,795

→第9期計画の指標・計画値はP37に掲載しています。(⑬)

※くまもとメディカルネットワーク：利用施設（病院・診療所・歯科診療所・薬局・訪問看護ステーション・介護施設等）をネットワークで結び、参加者（患者）の診療・調剤・介護に必要な情報を共有し、医療・介護サービスに活かすシステムです。



第2節 地域包括支援センターの機能強化と事業推進

1. 地域包括支援センターの機能強化

本町では、住民の利便性向上や地域連携の推進を図るため、健康増進事業における健康相談の機会を活用し、身近な地区において誰もが相談しやすい環境を整えています。さらに、地域包括支援センターを直営で設置しているメリットを活かして、ケースによっては相談支援の対象の高齢者だけでなく、障がい者や子育て家庭、生活困窮者等へも広げ、地域の関係機関等と連携しながら、高齢者やその家族等を取り巻くさまざまな相談や潜在的ニーズ、地域の課題等に対して適切に支援を行うとともに、必要に応じて専門機関等へつなげて解決を図っています。

認知症対策や地域ケア会議の運営、在宅医療と介護の連携した体制づくりなど多岐に渡る業務に対応していくうえで、地域包括支援センターの機能強化が今後さらに重要になってきます。主任介護支援専門員・保健師・社会福祉士等の必須三職種に加え、認知症地域支援推進員や看護師等の専門職の継続確保と、不足する職種の人員補充を行いながら、今後も地域包括ケアシステムの構築に向けた中核的な役割を担う地域包括支援センターの機能強化に取り組みます。

地域包括支援センターへの総合相談支援の件数は増加傾向で推移をしており、複数の課題を抱えた世帯や、困難事例などが増加傾向にあるため、対応に時間を要するケースも多くなっています。今後、介護ニーズが高まる後期高齢者の増加に対応していくためにも、地域包括支援センターの業務負担の軽減を図っていく必要があります。

居宅介護支援事業所への指定による介護予防支援の実施や、総合相談業務の一部委託についても、町内事業所のケアマネジャーの状況や意見を確認しながら検討を行うほか、地域包括支援センターの専門職が、総合相談や地域ケア会議の開催、地域への訪問活動等を十分に行うことができるよう、地域包括支援センター運営協議会の評価を踏まえ、適切な人員体制の確保を図ります。

また、多様化・複合化する相談に対応するため、庁内の関係各課との連携や、多職種連携会議、地域の民生委員との連絡会等において関係者との情報共有に努め、相談機能の強化にも取り組みます。

2. 包括的支援事業の推進

介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援に加え、地域ケア会議の充実を図ります。

また、在宅医療・介護連携の推進や、認知症施策の推進、生活支援サービスの体制整備としての生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置について継続して取り組みます。

包括的支援事業の全体像

介護予防ケアマネジメント

要支援者・総合事業対象者の自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントを行います。

総合相談・支援業務

住民の各種相談を幅広く受け付け、制度横断的な支援を実施します。

権利擁護業務

成年後見制度の活用促進や高齢者の虐待防止の対応を実施します。

包括的・継続的ケアマネジメント業務

介護支援専門員への相談・支援・指導や困難事例等への対応を実施します。

地域ケア会議

多職種協働による個別事例の検討会議を実施します。また、地域共通の課題について、施策検討を行うとともに、課題解決に向けた関係機関等との連携を深めます。

在宅医療・介護連携の推進

地域の医療機関等との連携により、在宅医療・介護の一体的な提供を図ります。

認知症施策の推進

認知症になったとしても、地域で安心して暮らし続けることができる体制構築を支援します。

介護予防・生活支援サービスの提供

高齢者ニーズと社会資源のマッチングを行い、介護予防・生活支援サービスの提供を実施します。

第3節 地域ケア会議の充実

1. 地域ケア会議の推進

地域ケア会議は、地域の支援者を含めた多職種による専門的視点を交え、介護支援専門員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、個別ケースの課題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、さらには介護保険事業計画への反映等の政策形成につなげることを目指すものとなります。地域ケア会議では、個別課題解決機能、地域ネットワーク構築機能、地域課題発見機能、地域づくり・資源開発機能、政策形成機能の五つの機能を担うことが求められ、個別ケースの課題解決の検討から見出される地域課題を、地域で解決していく場とされています。

本町では、地域ケア会議を「地域包括支援センター運営会議」、「ささえ愛福祉ネットワーク連絡会」、「包括ケア会議」、「いきいき評価会議」の4類型に分けています。高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会資源の整備を目指しており、今後も充実を図っていきます。

2. 包括ケア会議（自立支援型地域ケア会議）の実施

本町では、平成29年度から自立支援を目的としたケアプラン作成のための包括ケア会議を、保険者・地域包括支援センター・介護支援専門員・生活支援コーディネーター・在宅医療サポートセンター・理学療法士・作業療法士・管理栄養士・歯科衛生士・薬剤師・看護師・保健師が参加して実施しています。事例検討の充実を図るため、令和3年度からはさらに歯科衛生士・民生委員・介護サービス事業所にも参加を依頼し、毎月1回事例の検討を行っています。今後も包括ケア会議の実施を継続し、多職種による個別支援の充実を図っていきます。

包括ケア会議においては、介護支援専門員から提出された個別の事例の検討から、地域課題の抽出等を行っています。対象者本人のセルフケアについての検討や、地域に不足している資源を抽出するなどの検討を毎回行う事で、その中からいくつかの大きな地域課題の抽出を進めており、その課題を解決する施策の形成までが行えるよう、関係機関と引き続き調整を図っていきます。

【地域ケア会議の全体像】

レベル	会議名	会議の概要	構成員	会議の機能				
				①	②	③	④	⑤
町	地域包括支援センター運営協議会	地域包括ケアに関する取り組み支援	関係機関等				●	●
町	ささえ愛福祉ネットワーク連絡会	地域のネットワーク構築 認知症総合支援	関係機関代表者等		●	●		●
個別	包括ケア会議 (自立支援型)	個別課題解決 ケアマネ支援 医療と介護のネットワーク構築	居宅介護支援事業所 医療介護専門職 関係機関等 民生委員	●	●	●		
日常生活圏域	いきいき評価会議	介護予防事業に関する支援 ケアマネジメント支援	介護予防支援事業所 担当者・包括職員	●	●			

【地域ケア会議の5つの機能】

	機能	概要
①	個別課題の解決	多職種が協働して個別ケースの支援内容を検討することによって、高齢者の課題解決を支援するとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める機能
②	地域包括支援ネットワークの構築	高齢者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関等の相互の連携を高め地域包括支援ネットワークを構築する機能
③	地域課題の発見	個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を浮き彫りにする機能
④	地域づくり資源開発	インフォーマルサービスや地域の見守りネットワーク等、地域で必要な資源を開発する機能
⑤	政策の形成	地域に必要な取り組みを明らかにし、政策を立案・提言していく機能

【個別事例検討をきっかけとした地域づくりのイメージ】

個別ケースの発見・相談

地域包括支援センター

- ①支援者が困難を感じているケース
- ②支援が必要だと判断されるが、サービスにつなげていないケース
- ③支援が自立を阻害していると考えられるケース
- ④権利擁護が必要なケース
- ⑤地域課題に関するケース

地域ケア個別会議の開催



社会資源の整理・地域課題の把握

施策検討・地域づくり

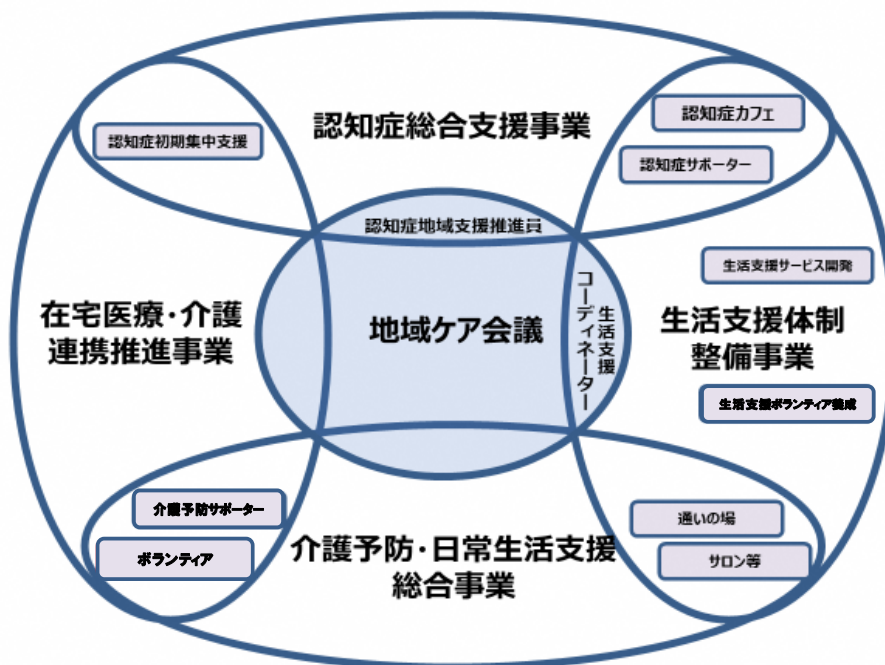
地域ケア推進会議の開催

3. 地域ケア会議を中核とした地域支援事業の連動性向上

地域ケア会議は地域包括ケアシステム構築における戦略づくりの中核を担う機能として位置づけられており、地域ケア会議を中核として4つの地域支援事業（介護予防・日常生活支援総合事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業、在宅医療・介護連携推進事業）の連動性の向上を図りながら、効果的・効率的な地域包括ケアシステムの構築の推進を図ります。

「地域ケア会議（包括ケア会議）」を通して地域課題を掘り起こし、さらに地域課題の解決について協議する「地域包括支援センター運営協議会」を年2回開催し、多職種連携の場として関係機関に参加を働きかけていきます。

【地域ケア会議と地域支援事業の連動のイメージ】



第4章 住民の希望、地域の実情に応じた多様な住まい・サービス基盤の整備・活用

第1節 地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進

近年の複雑化・複合化した地域福祉の課題は、高齢、障がい、子ども、生活困窮といったこれまでの分野別の支援体制では対応が困難な場合があります、こうした支援ニーズを地域全体で受け止めて課題解決をしていく「地域共生社会」の実現に向けた取り組みが求められています。

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目指す取り組みについて今後検討を進めていきます。

【地域共生社会のイメージ】



厚生労働省資料より

1. 住民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制づくり

地域共生社会の実現に向けた地域福祉の推進には、町全体での取り組みとともに、地域生活課題を地域住民等が自らの課題として主体的に捉え、解決を試みることができるよう、地域の関係者等との相談支援等の連携が図られるよう環境の整備を行っていく必要があります。そのためには、地域づくりの推進や地域づくりに資する複数の事業を一体的に実施していくための支援事業及び場の整備が必要です。

今後も、地域の民生委員・児童委員や各種団体との連携による地域生活課題の早期把握を図り、住民が主体的に解決を試みることができる環境の整備に取り組めます。

2. 重層的支援体制整備事業の実施

令和2年度に成立した「地域共生社会実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」により改正された社会福祉法において、新しい支援事業として重層的支援体制整備事業が定義され、市町村においても地域生活課題を解決するための重層的な支援体制の整備に努めることが規定されました。

(1) 重層的支援体制整備事業の概要

重層的支援体制整備事業は、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推進するために、以下の3つの支援を一体的に実施するものです。

①相談支援

本人や世帯の属性にかかわらず受け止める相談支援です。

②参加支援

本人や世帯の状態に合わせ、地域の社会資源を活かしながら、就労支援、居住支援などを提供することで社会とのつながりを回復する支援です。

③地域づくりに向けた支援

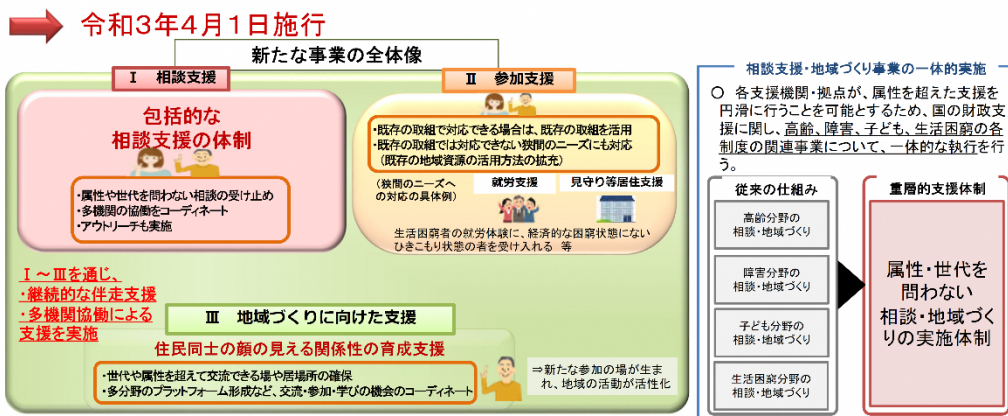
地域社会からの孤立を防ぐとともに、地域における多世代の交流や多様な活躍の機会と役割を生み出す支援です。

重層的支援体制整備事業(社会福祉法第106条の4)の概要

- 地域住民が抱える課題が複雑化・複合化(※)する中、従来の支援体制では課題がある。(※)一つの世帯に複数の課題が存在している状態(8050世帯や、介護と育児のダブルケアなど)、世帯全体が孤立している状態(こみ屋敷など)
- ▼属性別の支援体制では、複合課題や狭間のニーズへの対応が困難。
- ▼属性を超えた相談窓口の設置等の動きがあるが、各制度の国庫補助金等の目的外流用を避けるための経費按分に係る事務負担が大きい。
- このため、属性を問わない包括的な支援体制の構築を、市町村が、創意工夫をもって円滑に実施できる仕組みとすることが必要。

社会福祉法に基づく新たな事業(「重層的支援体制整備事業」社会福祉法第106条の4)の創設

- 市町村において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、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を構築するため、**I 相談支援、II 参加支援、III 地域づくりに向けた支援を一体的に実施する事業を創設する。**
- 新たな事業は実施を希望する市町村の手あけに基づく任意事業。ただし、事業実施の際には、I～IIIの支援は必須
- 新たな事業を実施する市町村に対して、相談・地域づくり関連事業に係る補助等について一体的に執行できるよう、**交付金を交付する。**



※厚生労働省資料より

（２）重層的支援体制整備事業の内容

本町では、令和６年度から令和７年度までを重層的支援体制整備事業への移行準備期間として、既存の事業の拡充と事業新設の検討を行いながら、実施体制の整備を図っていきます。

国の方針を踏まえた実施が想定される各事業の内容は以下のとおりです。

概要	事業名	事業内容
① 相談支援	(1)包括的相談支援事業	○属性や世代を問わず包括的に相談を受け止める ○複雑化・複合化した課題は適切に多機関協働事業につなぐ
	(2)多機関協働事業	○町全体で包括的な相談体制を構築する ○重層的支援体制整備事業の中核を担う役割を果たす ○支援関係機関の役割分担を図る
	(3)アウトリーチ等を通じた継続的支援事業	○支援が届いていない人に支援を届ける ○会議や関係機関とのネットワークの中から潜在的な相談者を見つける ○本人との信頼関係の構築に向けた支援に力点を置く
② 参加支援	(4)参加支援事業	○社会とのつながりをつくるための支援を行う ○利用者のニーズを踏まえた丁寧なマッチングやメニューをつくる ○本人への定着支援と受け入れ先の支援を行う
③ 地域づくりに向けた支援	(5)地域づくり事業	○世代や属性を超えて交流できる場や居場所を整備する。 ○交流・参加・学びの機会を生み出すために個別の活動や人をコーディネートする ○地域のプラットフォームの形成や地域における活動の活性化を図る

３．共生型サービスの普及に向けた取り組みの推進

介護保険サービスと障がい福祉サービスを一体的に実施する共生型サービスは、平成３０年度の関係法令の改正により創設されたサービスです。地域共生社会の実現に資する共生型サービスについて、町内事業所への施設整備に係る支援制度の情報提供を行うなど、共生型サービスの普及に向けた取り組みの推進を図ります。

第2節 高齢者福祉事業の推進

支援を必要とする高齢者を対象に多様な在宅福祉サービスを提供し、高齢者の在宅生活の継続を支援します。

1. 生活管理短期宿泊事業の提供

一時的に養護する必要がある高齢者に対して、介護施設等を利用して短期宿泊をさせ、必要に応じて基本的生活習慣等の指導、支援等を行うことにより、該当高齢者の精神的・身体的平穏を図ります。

本町では、生活管理指導短期宿泊事業を3施設に委託しています。高齢者が在宅生活を送るうえで、緊急時の対応として重要な位置づけがあることから継続して実施していきます。

2. 緊急通報体制整備事業（緊急通報システム）の提供

ひとり暮らし高齢者や高齢者夫婦世帯等が、緊急の事態に陥った時の連絡手段として、機器の貸し出しを行う緊急通報装置設置事業を行っています。

上球磨消防署への連絡体制をつくり実施していましたが、誤報や電池切れの対応等、消防署の業務負担が大きいことから、平成30年度に民間事業所への委託に移行し、同時に利用者の見直しも行いました。これにより高齢者のニーズに合わせ、高齢者世帯等の安全性を保つとともに機器の保守や緊急時の対応等について、今まで以上にきめ細やかなサービスができるよう継続して実施していきます。

3. 見守りを含めた食の自立支援事業の提供

要支援及び総合事業対象者以外で、食事の準備や栄養管理が困難な高齢者等に対して、配食サービスのアセスメントに基づき、食の自立に向けた支援を実施しており、バランスのよい栄養摂取や健康管理を支援するとともに、配食訪問による高齢者の安否確認、見守りを実施しています。

2事業所への委託にて実施をしていますが、件数が増えたと対応が困難になるなど、供給の部分に課題が見られており、事業所における人材の確保が必要になっています。

4. 家族介護支援事業の提供

(1) 家族介護教室

介護を必要とする高齢者等を介護する家族は、介護サービスを利用していない場合だけでなく、利用している場合でも、何らかの不安等を感じていることがあります。また、介護者が集って悩みやストレスを相談したり、交流することで介護者の分かち合い・支え合いにもつながります。そのため、介護方法や介護に関する最新情報、介護予防、介護者の健康づくり等に関する教室を開催し、介護負担の軽減を図る取り組みを推進します。

(2) 家族介護用品支給事業

要介護4・5の認定を受けた在宅で生活する非課税の高齢者世帯等を対象に、経済的及び介護負担を軽減することを目的として、紙おむつ等の介護用品購入費支給事業を実施しています。

なお、本事業は令和9年3月末（第9期計画期間）をもって地域支援事業の任意事業からは対象外とする方針が国から示されているため、町の独自事業として継続していけるよう、要件の見直しも検討のうえ、財源の確保を進めていきます。

5. 認知症対応型共同生活介護事業所家賃等助成事業の提供

グループホームにおいて、家賃、食材料費及び高熱水費の費用負担が困難な低所得者の利用者負担軽減を図ります。

第3節 高齢者の見守りネットワーク構築と生活支援サービスの提供

1. 生活支援体制整備事業の推進

生活支援体制整備事業とは、高齢者の日常生活上の支援体制の充実・強化及び社会参加の推進を、一体的に取り組むための事業です。高齢者の在宅生活を支える福祉施策の推進には、生活支援体制整備事業の活用等により、市町村を中心とした支援体制の充実強化を図り、地域全体で多様な主体によるサービス提供を推進していくことが重要となります。

このためには、以下の6つのプロセスが必要とされています。

- ①地域のニーズと資源の状況の見える化、問題提起
- ②地縁組織等多様な主体への協力依頼等の働きかけ
- ③関係者のネットワーク化
- ④目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一
- ⑤生活支援の担い手の養成やサービスの開発
- ⑥ニーズとサービスのマッチング

本町では、地域の課題を把握し、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の役割を果たす生活支援コーディネーターを社会福祉協議会に配置しており、地域課題や支え合いの体制づくりを検討する協議体と連携し、生活支援体制の整備を進めています。

第8期までに、生活支援コーディネーターが中心となり、ふれあいや助け合いの実態を地元の人から聞き取り、地域にどんな福祉課題があって、住民はどう対処しているかを住宅地図に記入していく「支え合いマップ」の作成や、有償ボランティアが地域の支え合い活動を行う「かちゃあボランティア（住民参加型在宅福祉サービス）」の立ち上げ、移動販売の推進などを行っており、これらのサービスは「生活支援情報誌」にまとめられ、毎年度更新されています。

今後も引き続き、社会福祉協議会との連携を進め、生活支援コーディネーターの活動の支援・協力を行うとともに、移動支援サービスの充実をはじめとして、町の実情と高齢者のニーズに合った新たな生活支援サービスの創出を検討していきます。

2. 高齢者等世帯訪問の推進

ひとり暮らし高齢者や高齢夫婦世帯等を対象に、福祉サービスの要件確認や新規対象者の把握を目的として状況調査を行い、希望がある方には「命のボタン」の配布を行っています。

また、地区の高齢者の生活状態等を把握し、介護状態や孤立化等の予防や早期発見、早期対応を進めていくことを目的に高齢者の実態把握を実施するとともに、民生児童委員、自治会等との連携を進めて介護予防等の普及・啓発を推進します。

国では介護予防・日常生活圏域二ーズ調査により、高齢者の生活上の課題等を把握して各種支援や介護予防へつなげるとともに、日常生活圏域の地域診断や各圏域の実情に即した事業目標の設定をするなど、地域の課題解決を図ることとしており、本町では、令和5年に高齢者を対象とした介護予防・日常生活圏域二ーズ調査を実施しました。本調査においてリスクが高いと判定された高齢者への調査員による訪問を行い、必要な支援につなげています。

命のボタンによる高齢者世帯への訪問も含めて、同居している家族等に問題がある場合の把握が難しいなど課題があり、対応が困難な状況になってから顕在化するケースが見られるため、今後は一層調査員や民生委員、保健師等との連携を強化し、問題がある家庭への早期の介入・支援が図れる体制づくりが求められています。

3. ささえ愛福祉ネットワークによる見守りの推進

本町では、ささえ愛福祉ネットワークの代表者会や各分野での個別ケース会議を開催しており、児童や高齢者等の中に存在する要援護者に対して、実態把握や情報共有及び課題の整理を行い、具体的な支援策を検討するなど、すべての分野における地域福祉の中核として活動を行っています。

取り組みの一つである「高齢者徘徊SOSネットワーク」については、協力機関と連携し、行方不明となった高齢者等の早期発見や声かけ・安否確認を実施していますが、今後は協力機関を増やすとともに、ICT等の導入によるネットワークそのものの見直しなど、関係者の利便性の向上につなげる取り組みについても検討を行います。

高齢者徘徊SOSネットワーク	第8期計画の実績値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込)
⑳協力事業者数（箇所）	59	67	67

➡第9期計画の指標・計画値はP37に掲載しています。(㉔)

第4節 高齢者向け住まいの確保の推進

1. 高齢者の住まいの確保（養護老人ホーム等）

本町では、高齢者世帯が加齢等に伴って心身機能が低下しても住み続けられる住宅の整備を推進しています。環境上または経済的な理由により、居宅での生活が困難な高齢者の住まいの確保のため、養護老人ホームの入所措置を継続するとともに、高齢者虐待防止等に向けた緊急避難的な受け入れ体制の確保を図ります。

一方、現在の本町の財政状況では、新たな町営住宅の確保はもとより、「高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律」で求められている改修を行った「高齢者向け町営住宅の確保」も難しい状況にあることから、住まいの確保に向けた取り組みとしては、養護老人ホームだけでなく、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅、さらにはグループホームや特別養護老人ホームといったさまざまな可能性を検討し、本町の独自の地域性を踏まえた総合的な施策展開を図ります。

また、熊本県の高齢者住宅改造助成事業を活用し、心身の機能が低下した高齢者の住宅改造に伴う費用の助成については県と連携しながら確保を図ります。

	施設数（箇所）	入所者数（人）
養護老人ホーム	3	20

※令和5年度実績（見込）

2. 有料老人ホーム等の県との情報共有

地域の特性に応じた介護サービス提供体制の整備の推進として、高齢者向け住まい（有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅）の設置に関する情報については県と連携しながら情報共有を行っていきます。

また、特定施設入居者生活介護（地域密着型を含む）指定が未届けの有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅には移行を促し、多様な介護サービスの受け皿となる住まいの確保を行っていきます。

	設置箇所数 （箇所）	定員総数 （床）
有料老人ホーム	4	36
うち特定施設入居者生活介護の指定がある施設	1	10
サービス付き高齢者向け住宅	1	15
うち特定施設入居者生活介護の指定がある施設	1	15

※令和5年 高齢者関係資料集（熊本県）より

第5節 高齢者の移動手段の確保

1. デマンド交通事業等の推進

高齢者の在宅生活の維持や社会参加の促進には、移動手段の確保が重要となります。

本町では、令和元年度よりデマンド交通（ほのぼの号）の運行を開始しており、町内の医療機関、金融機関、公共機関、スーパーなどへの重要な移動手段となっています。必要に応じた乗降場所の追加や見直しについては、公共交通会議に諮りながら行っていますが、今後も他の公共交通機関との乗り継ぎ・併用の工夫について案内・周知を行うなど、より多くの利用が促進されるような取り組みについて、関係課・社会福祉協議会・運行事業者との協議や運用の見直しを図っていきます。

また、社会福祉協議会が所管する「かちゃあボランティア」と連携して、ボランティアが荷物の乗せ降ろしを行う高齢者の移動支援「おでかけパック」を実施しており、デマンド交通の利便性の向上も図っています。

今後は、高齢者の自動車運転による交通事故が全国的に多発し大きな社会問題となっていることから、高齢者の運転免許証自主返納を促しデマンド交通への利用転換を図る支援事業に取り組みます。

デマンド交通 (ほのぼの号)	第8期計画の実績値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込)
延べ利用者数(人)	6,602	7,509	7,926
登録者数(人)	870	970	1,081

【移動支援サービス「おでかけパック」について】



【デマンド交通「ほのぼの号」について】

あさぎり町デマンド交通 「ほのぼの号」

電話予約により、自宅登録場所と指定乗降場所の間を移動できる乗合サービスです。（巡回バスではありません。）ご希望の時間・乗降車場所をご予約いただくと、他の利用者の予約状況とあわせて複数の方との乗合で目的地まで運行します。

自宅登録場所





指定乗降場所



指定乗降場所

公共 機 関	・あさぎり駅 ・あさぎり中学校 ・生涯学習センター ・せきれい館 ・ふれあい福祉センター(かえて館)	・あさぎり町役場 ・おかどめ幸福駅 ・須恵文化ホール ・東免田駅	医 療 機 関	・秋山歯科クリニック ・犬童内科胃腸科医院 ・公立多良木病院(岡原・須恵校区の方のみ) ・こんどう整形外科 ・東病院	・岩井クリニック ・たかの眼科 ・山村歯科医院
金 融 機 関	・上村郵便局 ・熊本県信用組合免田支店 ・JAくまあさぎり支所 ・肥後銀行免田支店 ・免田郵便局	・岡原郵便局 ・深田郵便局 ・免田吉井簡易郵便局	食 料 ・ 生 活 用 品 他	・イスミ免田店 ・ちとせや ・ドラッグストアモリあさぎり店 ・ファッションセンターしまむら免田店 ・ヘルシーランド	・サンロード免田店 ・ディスカウントドラッグコスモス免田店 ・ホームプラザナフコあさぎり店

利用条件 町内在住者(町内在住者を介助する場合に限り、町外の方もご利用できます。)

※最初のご利用日の7日前までに利用者登録が必要です。(役場、支所で登録無料)

運賃 1人1乗車300円

※小学生「半額」、未就学児「無料」、障がいをお持ちの方「半額」。

※障がいをお持ちの方は乗車時に障害者手帳(身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)を提示してください。

運行時間 平日／午前9時～午後5時

※土日祝・年始(1/1～1/3)は運行していません。

予約方法 平日／午前8時～午後5時

※当日分は午後4時まで。土日祝、年始(1/1～1/3)は受付できません。

- ・ご利用の3日前から1時間前まで予約できます。
- ・1人2件まで予約できます。(予約は1時間につき1件まで。)
- ・キャンセルは、予約時間の1時間前までに連絡してください。

ほのぼの号予約センター

☎0966-49-2019

よく つれていく

予約センターに伝えること

1.利用する人の氏名

2.乗降車する日・場所・到着希望時間

第6節 防災対策・感染症対策の推進

1. 防災対策の推進

災害発生時に避難が困難な高齢者等への支援が円滑に行われる環境を整備するとともに、自助・共助・公助の役割分担と一層の連携により、避難行動要支援者支援体制の整備を図ります。

本町では、避難行動要支援者名簿の登録方式について見直しを行い、介護事業者等との連携強化を図りながら取り組みを推進しています。

また、国のガイドラインの基準に基づき、地区ごとの個別避難計画の作成も計画的に進め、重層的な安否確認体制を整備していきます。

福祉避難所については、町内8か所の施設と協定を締結しており、医療機関や介護事業所等への協力要請を行い、特に配慮が必要な高齢者や障がい者等を避難収容する場の確保に努めるとともに、災害発生後に一般の避難所での生活が困難な避難行動要支援者を受け入れることを想定した防災訓練等を実施しています。

さらに、訪問調査による避難行動要支援者名簿及び地図を随時更新し、各地区の自主防災組織・区長・民生児童委員等への定期的な資料配布等、総合的な支援体制の確立を推進します。

→第9期計画の指標・計画値はP37に掲載しています。(㊲)

2. 感染症対策の推進

令和5年5月の新型コロナウイルス感染症の5類感染症への変更に伴い、本町では基本的な感染症対策についての今後の考え方や町での対応方法を定め、周知を図っています。また、令和3年度には、避難所運営マニュアルへ感染症対策として衛生管理に関する内容を追加して運用しています。

今後も引き続き、感染症の状況に応じた町としての対応を図るとともに、関係機関や町内の介護事業所等と連携し、必要に応じて感染症発生時の訓練の実施や感染拡大防止策の周知啓発、感染症発生時に備えた平時からの事前準備、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等の体制づくりに努めます。

第5章 多様な介護人材の確保・定着や介護サービスの質の確保・向上

第1節 介護給付費等適正化の推進

利用者が安心して生活していくためには、質の高い介護保険サービスを適切に利用することができる環境づくりが重要になります。

介護給付の適正化とは、介護給付を必要とする受給者（介護保険サービス利用者）を適切に認定し、受給者が真に必要とする過不足のないサービスを、事業者が適切に提供するように促すことであり、持続可能な介護保険制度の構築に資するものです。

本町では、介護給付等費用適正化事業を継続的、安定的に実施することで、介護給付適正化、介護サービス事業者が提供するサービスの質の向上に努めています。本計画においても、国が定める指標だけでなく、県の定めた「熊本県介護給付適正化プログラム」での重点項目、KPI（評価指標）も参考にし、国が示す従来の介護給付等費用適正化事業主要5事業の再編の方向性に沿って、再編された主要3事業（要介護認定の適正化、ケアプラン等の点検、医療情報との突合・縦覧点検）のすべてにおいて取り組みを推進します。

1. 要介護認定の適正化（適正化主要3事業①）

要介護（要支援）認定は、全国一律の基準で公平・公正に行われることが重要であり、介護保険財政への影響も大きいことから、要介護認定者の出現率や要介護度分布の地域間格差を分析し検証するとともに、審査判定を平準化することが求められています。

球磨圏域では、令和6年度より専用タブレットの使用による訪問調査を開始する予定であり、認定調査員間、または地域格差の平準化を図っていきます。

今後も、適切な認定審査が行われるよう、eラーニングを活用した審査判定の再確認と、年に1回の認定調査員研修会を継続して実施し、認定調査員の知識、技能の向上及び習得が図れるよう取り組んでいきます。

また、指定居宅介護支援事業所等に委託している区分変更申請及び更新申請にかかる認定調査の結果について、保険者による点検等を実施していきます。

2. ケアプラン等の点検（適正化主要3事業②）

（1）ケアプランの点検

ケアプラン点検は、介護支援専門員が作成したケアプランが、ケアマネジメントのプロセスを踏まえた「自立支援」に資する適切なケアプランになっているかを、保険者が介護支援専門員とともに検証・確認することです。点検を通じて介護支援専門相談員の「気づき」を促し、介護支援専門員の資質の向上に資することも目的に含まれています。これにより給付費の適正化だけでなく、「ケアマネジメントの適正化」を図っていくことが重要になります。

また、県が定めた「熊本県介護給付適正化プログラム」においても、ケアプラン点検に関する取り組み方針を定めることが市町村に求められています。

今後も保険者として点検体制の構築と、かかわる職員の取り組みに対する理解を深めていきます。なお、点検対象となるケアプランには、国民健康保険団体連合会の介護給付適正化システムに記載されている以下の給付実績の帳票を活用した点検を実施します。

→第9期計画の指標・計画値はP37に掲載しています。(22)

【ケアプラン点検で活用する帳票】

認定調査状況と利用サービス不一致一覧表	支給限度額一定割合超一覧表
---------------------	---------------

(2) 住宅改修の点検・福祉用具購入・貸与調査

住宅改修の点検とは、改修の内容が利用者の実態に沿ったものになっているか、また費用が適正であるかを施工前に点検し、必要に応じて是正を行うことです。またここには福祉用具の貸与及び購入が適切になされているかの点検も含まれます。さらに国・県はこの点検業務の中にリハビリテーション専門職等が適切に関与し、改修内容が重度化防止や自立支援に資する内容になっているかの確認も併せて行っていくことを求めています。

本町では申請のあったすべての住宅改修において、施工前に書面（住宅改修が必要な理由書、工事見積書、改修箇所写真等）での点検と、現地訪問確認を保険者職員が確実に行なっています。

今後は、福祉用具の点検を含めて球磨地域リハ広域支援センター等の協力を得ながら、ケースに応じて適切に専門職による点検が行えるよう、関係機関と協議を進めていきます。

なお、住宅改修費支給申請の際に提出する「住宅改修が必要な理由書」は居宅介護（介護予防）支援の一環として、担当する介護支援専門員や地域包括支援センター職員が作成することとされていますが、介護保険サービスのうち住宅改修のみを利用する被保険者には、居宅介護（介護予防）支援が行われないため、理由書作成の際に住宅改修に係る適切なケアマネジメントを受けられるよう、支給要件を満たす事業所に対して、住宅改修支援費（理由書作成費）の支給を実施しています。

住宅改修等の点検	第8期計画の実績値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込)
㉓住宅改修の施工前点検実施率(%)	100.0	100.0	100.0
㉔リハビリテーション専門職による住宅改修施工前点検率(%)	85.9	95.0	96.0
㉕リハビリテーション専門職による軽度者の福祉用具貸与後の点検率(%)	0	0	0

→第9期計画の指標・計画値はP37に掲載しています。(23㉔㉕)

3. 医療情報との突合・縦覧点検（適正化主要3事業③）

国民健康保険団体連合会の縦覧点検・サービス計画費不突合確認調整処理システムを活用した適正化を実施しています。

医療情報突合では、受給者の後期高齢医療や国民健康保険の入院情報と、介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行うことで、医療と介護の重複請求の確認を行っていきます。

縦覧点検では、受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払い状況（請求明細書内容）を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数等の点検を行い、請求内容の誤りを早期に発見して適切な処置を行っていきます。

今後は、国から示されている方針を踏まえて、特に点検による適正化の効果が高いとされる帳票について重点的に点検を実施していきます。

縦覧点検・医療情報突合	第8期計画の実績値		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度 (見込)
㊸医療情報との突合の帳票点検率（％）	100.0	100.0	100.0
㊹縦覧点検の点検帳票数【10帳票中】	10	10	10

※医療情報情報との突合・縦覧点検の帳票は年度あたり12月分の点検とする

➡第9期計画の指標・計画値はP37に掲載しています。（㊸㊹）

【縦覧点検対象10帳票】

居宅介護支援請求におけるサービス実施状況一覧表	入退所を繰り返す受給者縦覧一覧表
重複請求縦覧チェック一覧表	居宅介護支援再請求等状況一覧表
算定期間回数制限縦覧チェック一覧表	月途中要介護状態変更受給者一覧表
単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表	軽度の要介護者にかかる福祉用具貸与品目一覧表
要介護認定有効期間の半数を超える短期入所受給者一覧表	独自報酬算定事業所一覧表

第2節 多様な介護人材の確保・定着、介護サービスの質の確保・向上に向けた取り組みの推進

介護サービスを必要とする方が安心してサービスを受けられるよう、介護サービスの質の確保、向上を図るとともに、低所得者への支援に取り組みます。併せて、要介護者の増加や介護保険料の上昇が見込まれる中、サービスを必要とする方を適切に認定したうえで、真に必要とするサービスが制度に従って適切に提供されるよう、介護給付の適正化に向けた取り組み等を推進していきます。

また、住民や介護サービス事業所に向け、本町の指導・監査の状況をはじめ、介護サービスに関するさまざまな情報を受け取ることができるよう、情報提供体制の充実に取り組みます。

介護サービスのニーズの拡大等に伴う介護人材の確保については、多様な人材の参入促進等について検討を進めていきます。

1. 多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みの推進

介護人材の不足については、本町においても、生産年齢人口の減少から、中長期的な課題となっており、介護従事者の離職の要因等を把握し、対応策を検討するなど、人材の質と量の維持・向上を図り、介護ニーズの多様化に対応していくことも求められています。

今後は、介護現場等の労働環境や待遇の維持・改善、組織マネジメントの改善、生産性の向上、介護人材の裾野の拡大、介護人材や経営者のスキルアップ等の対策も重要となることから、処遇改善加算による賃金向上の促進や処遇の改善を行った事業所の独自の評価等、本町で取り組むことのできる対応策を検討していきます。また、国や県の取り組みに関する情報提供を行うなど、事業所との連携を図っていきます。さらに、町内の小・中学生が介護職の意義や魅力を知る機会の増加を検討し、長期的な人材確保を図っていきます。

官民の各種の研修や講習等の人材育成に対する支援策については、関係機関との情報交換や関係団体のネットワークの中で行っていきます。また、介護職員初任者研修に関する支援や、就労促進に関する支援について、検討を進めていきます。

また、介護・福祉・保健・医療の各分野の関係者、地域で活躍する人材、民間の活動団体等と連携・協働して、生活支援サービスの提供等による「専門職が専門性を生かした活動に注力できる」体制を整えます。

さらに、ハローワークとの連携や、町内にある南稜高校福祉コースとの連携、または関連する専門学校や大学に対して就業の働きかけを行うとともに、現在就業していない看護師や介護職を掘り起こすための就労支援等が実施できるよう、関係機関と連携し協議していきます。

2. 介護サービスの質の確保・向上に向けた取り組みの推進

介護サービスの質の確保・向上に向けて、利用者の適切な選択のもとで良質なサービスが提供されるよう、情報の公表の義務付け、サービスの専門性・生活環境の向上、事業者規制の見直しを行います。

また、ケアマネジメントについては、包括的・継続的マネジメントの推進、介護支援専門員の資質・専門性の向上等、公正・中立の観点から随時見直しを行っていきます。

さらに、県との連携を図りながら、事業者研修、ユニットケア基礎研修、訪問介護員研修、介護支援専門員研修等、介護サービスの質の向上に関するあらゆる研修・講習の情報提供に取り組みます。

また、本町では地域支援事業の任意事業として介護相談員派遣事業※を実施しており、介護相談員が定期的に各事業所を訪問し、利用者本人及びその家族からの相談を受け、希望や苦情を把握し、必要に応じて事業所の管理者等との意見交換等により、サービスの改善を図っています。

また、介護事業者が作成する文書について業務負担の大きなものがあれば、事業者と意見交換を行い、負担軽減が図れるような取り組みを進めていきます。

※介護相談員派遣事業：市町村に登録された介護相談員が、介護サービス施設・事業所に出向いて、利用者の疑問や不満、不安を受け付け、介護サービス提供事業者及び行政との橋渡しをしながら、問題の改善や介護サービスの質の向上につなげる取り組みです。本町では、施設や居住系サービス事業所に入所している利用者の相談業務に従事する介護相談員を配置し、定期的に施設を訪問し相談業務を行っています。

3. 介護サービスの充実

高齢者が要介護状態になっても、住み慣れた地域、家庭で生活を維持するとともに、介護を理由とする離職等をゼロにするためには、介護保険サービスの充実を図っていく必要があります。居宅サービス、地域密着型サービスについては、サービスを必要とする方が、必要な時にいつでも利用できる環境づくりのため、今後も供給体制を確保するとともに、サービスの質の向上に取り組んでいきます。

4. 情報提供体制の充実

介護保険制度の仕組みや介護保険サービスが町民に理解されるよう、町のホームページや広報紙の活用、地域で開催する集会等の機会を通じて、周知・啓発に取り組んでいきます。

また、利用者が介護保険サービスの利用を選択する際、町内外の介護保険サービス事業者のサービス内容に関する情報を入手できるよう、国、県、事業者と連携して、介護サービス情報公表システムの充実に取り組みます。

さらに、介護職員の身体的・精神的負担を軽減し、効率的な業務運営ができるよう、介護ロボットやＩＣＴ機器の活用などの取り組み事例をもとに、事業所への情報発信を行います。

5. 事業者の適切な指定、指導・監査の実施

地域密着型サービスの事業者指定にあたっては、利用者等が関与できる公平・公正で透明な仕組みを構築し、良質なサービスの提供に取り組めます。また、本計画に定める量を上回るサービスの供給について、抑制を図っていきます。

地域密着型サービスの事業者に対しては、指定の有効期間中に１回以上の割合で、指導・監査を行っていきます。特に地域密着型通所介護事業所に対しては、機能訓練、口腔機能向上、栄養改善を推進するための取り組みを求めています。

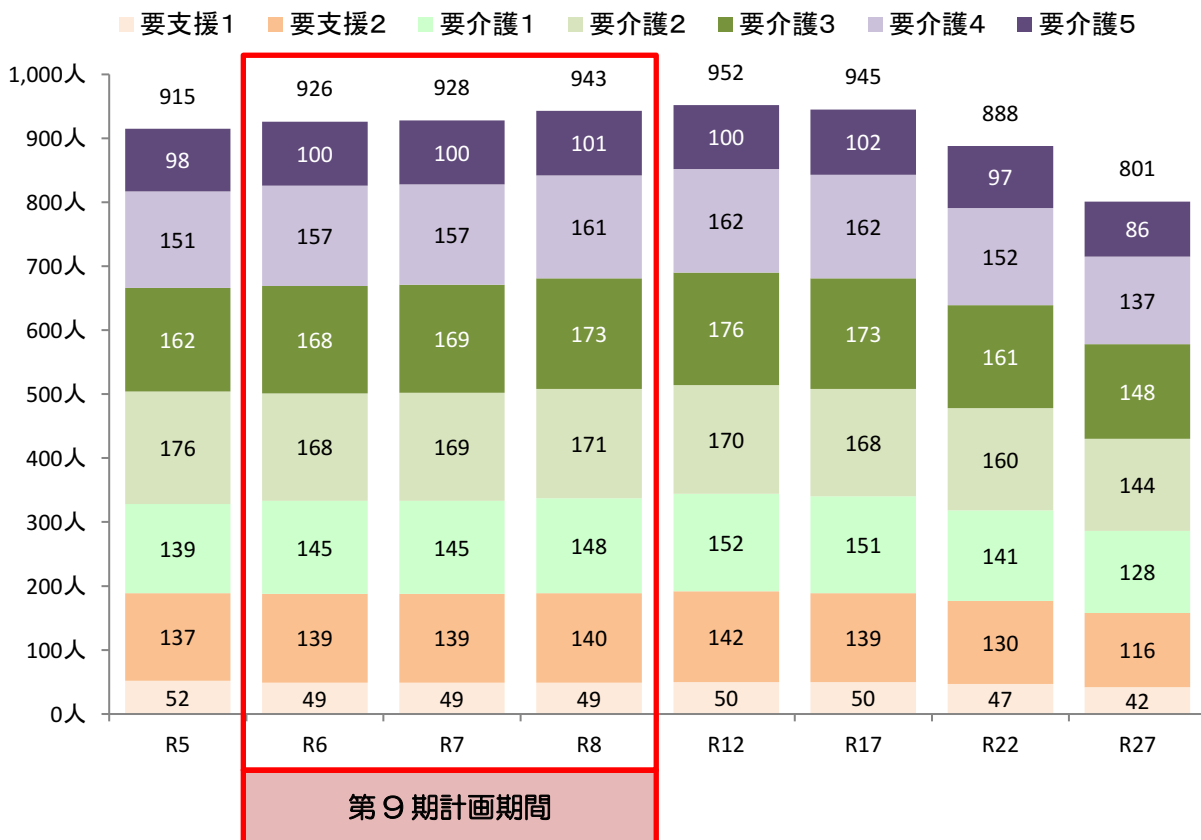
また、これまで以上に地域の介護支援専門員と積極的にかかわることで、高齢者のニーズを把握し、高齢者の自立支援に向けたケアマネジメントに対する理解を高めていきます。

第6章 介護保険事業に係る費用と保険料の算出

1. 認定者の状況と今後の予測

本町の要介護（要支援）認定者数は、第9期計画期間（令和6年度～令和8年度）では、横ばいに近い人数で推移していく見込みです。本町では、高齢者人口は今後も減少していく予測ですが、団塊の世代が介護や医療のニーズが高い年代に移行していくことにより、要介護（要支援）認定者数は令和8年度以降はやや増加する予測となっています。

【要介護（要支援）認定者数の将来推計】



※地域包括ケア「見える化」システムによる推計

2. 介護保険サービス量の見込み

介護保険サービスについては、令和22年（2040年）を見据えた介護保険事業計画の策定（地域包括ケア計画、中長期的な推計）に対応した視点を持ちつつ、保険者として持続的な事業運営を図るとともに、被保険者個々の保険料負担の上に成立している制度として、公平で質の高いサービスを提供するための取り組みが求められています。

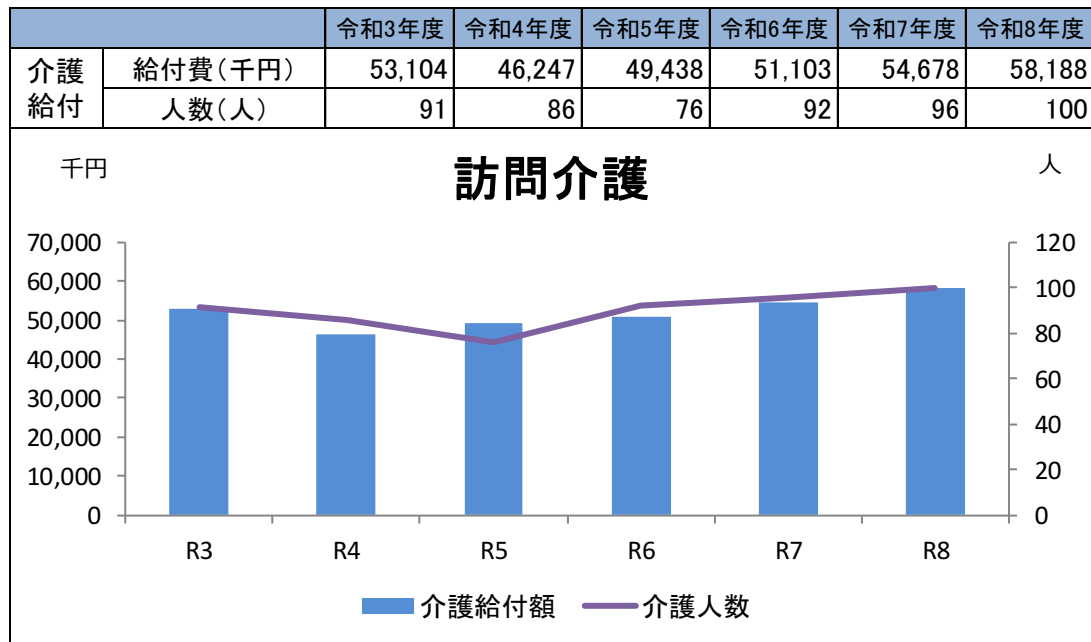
本章では、これまでの給付実績や町の現状、将来予測に関する各種のデータを用いて、第9期計画における介護保険サービスの事業量・事業費についての推計を行っています。

なお、ここで使用している介護保険サービスの事業量・事業費に関する各種データは、国が示した地域包括ケア「見える化」システムを用いて算出しており、令和5年度の事業量・事業費は「介護保険事業状況報告」令和5年10月の月報データを基に地域包括ケア「見える化」システムから推計された見込みの数値となっています。

（1）在宅サービス

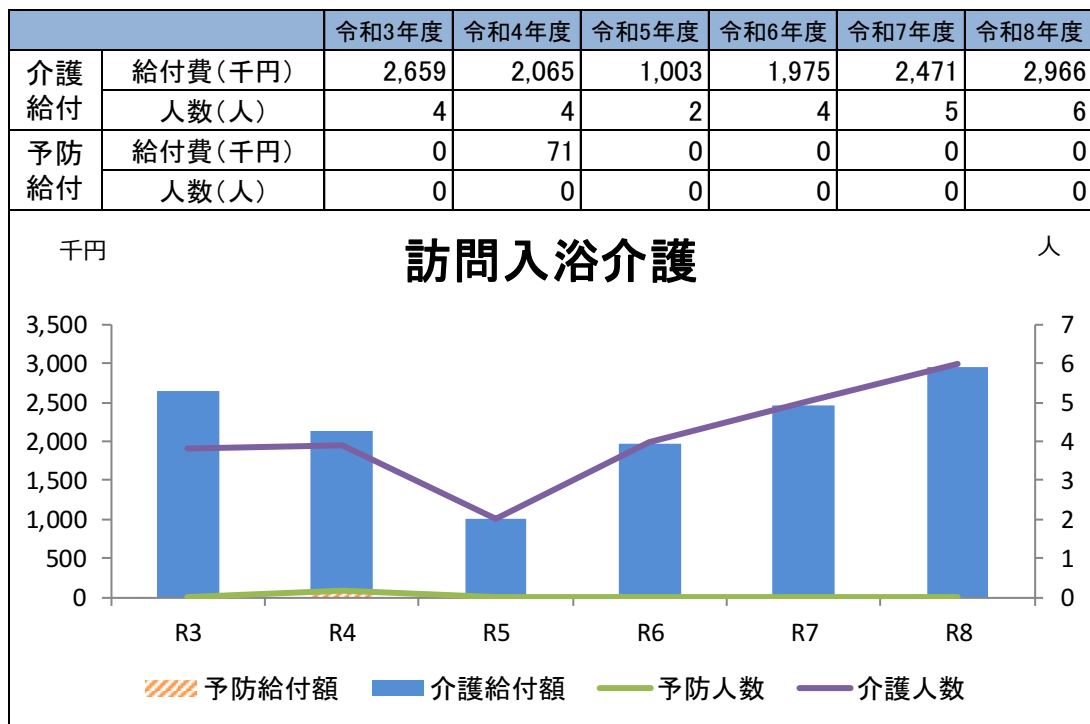
①訪問介護（ホームヘルプ）

ホームヘルパーが自宅を訪問して、食事・入浴・排泄等の介護や、家事等の日常生活の援助を行います。



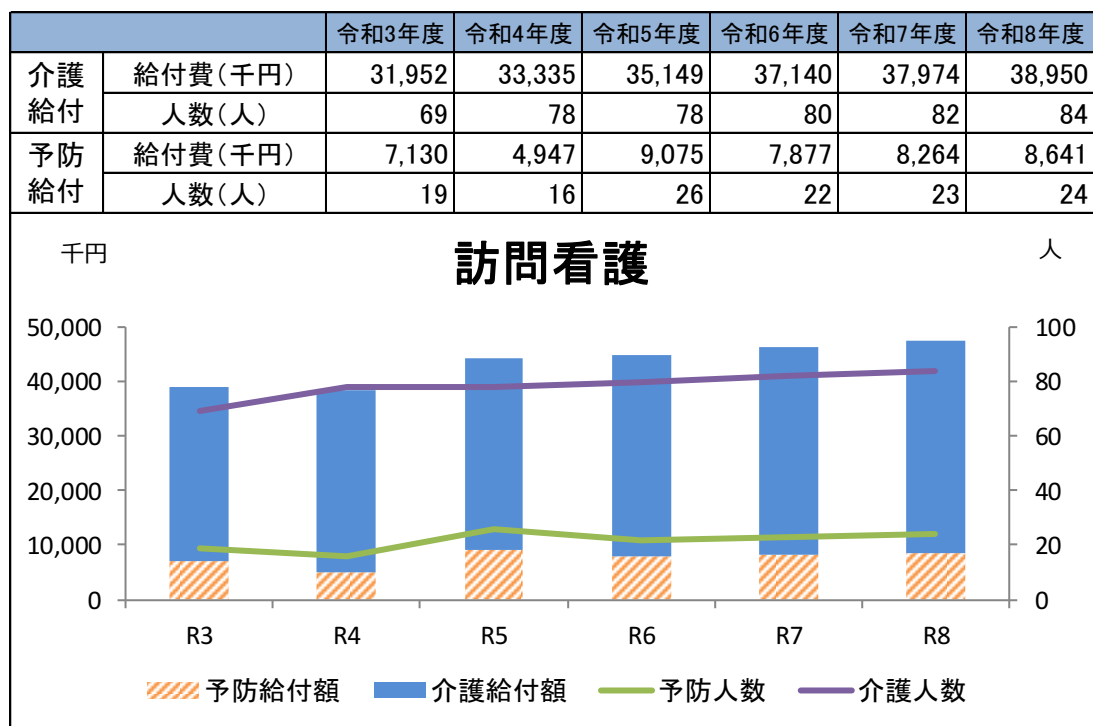
②訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

浴槽を積んだ入浴車等で自宅を訪問して、入浴の介助を行います。



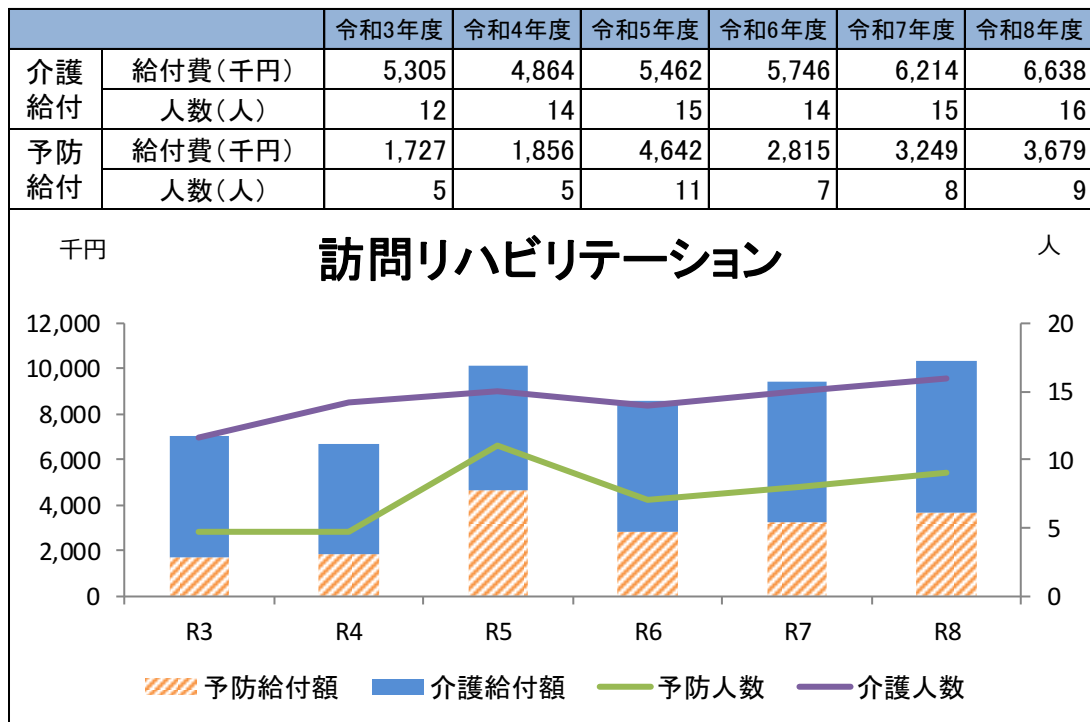
③訪問看護・介護予防訪問看護

主治医の指示に基づいて看護師等が自宅を訪問して、療養上の支援や手当てを行います。



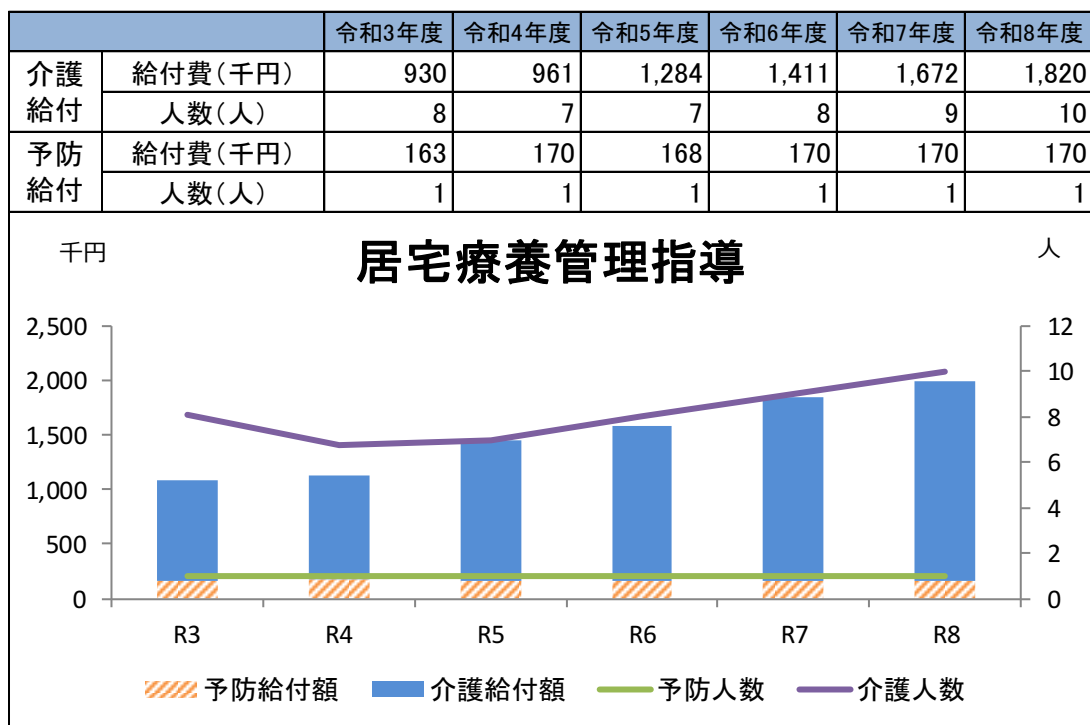
④訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

主治医の指示に基づいて作業療法士（ＯＴ）や理学療法士（ＰＴ）等が自宅を訪問して、普段の生活に必要なリハビリを提供するサービスを行います。



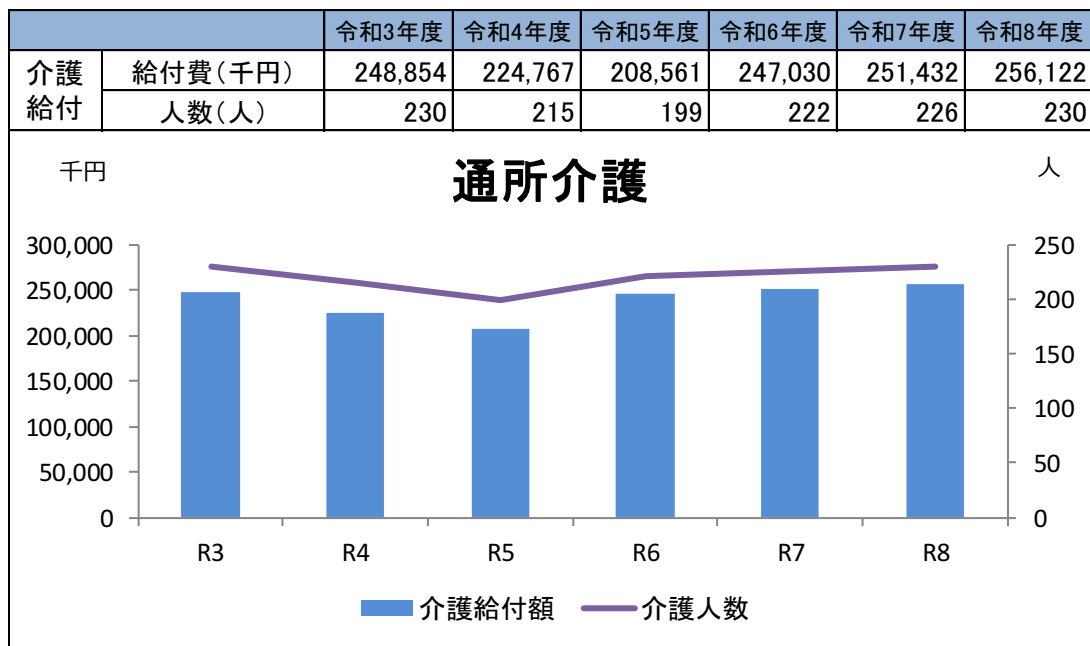
⑤居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

通院が困難な方に対し、医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士等が自宅を訪問して、療養上の指導を行います。



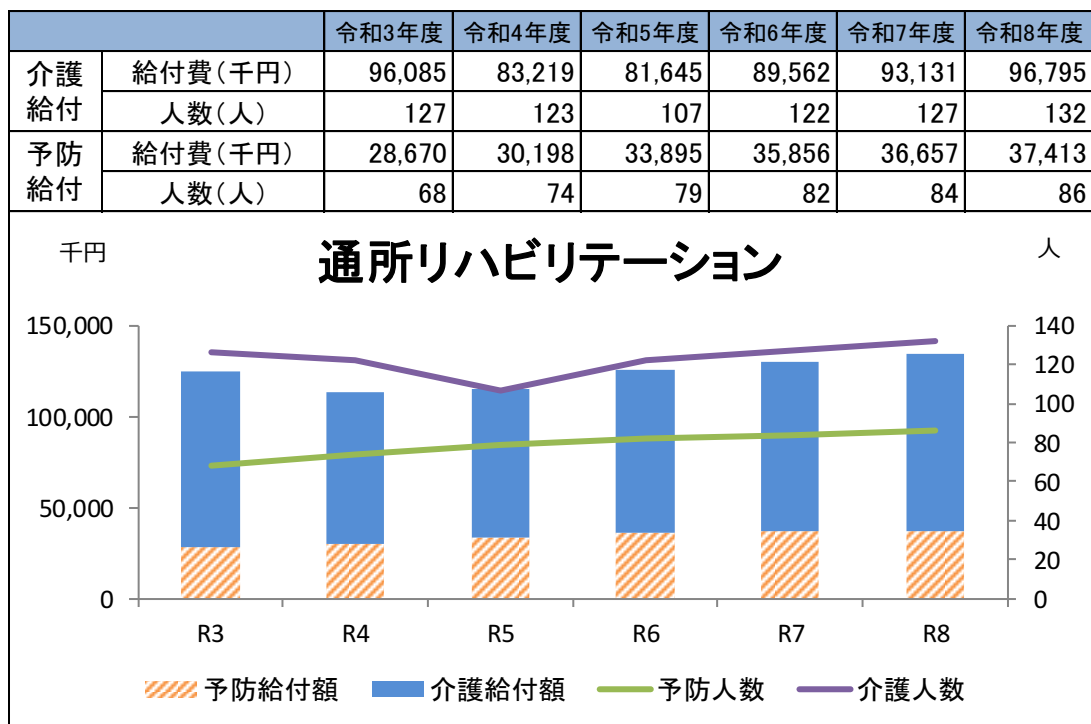
⑥通所介護・介護予防通所介護（デイサービス）

デイサービスセンターに通って、食事・入浴の提供やレクリエーション等を通じた機能訓練を行います。



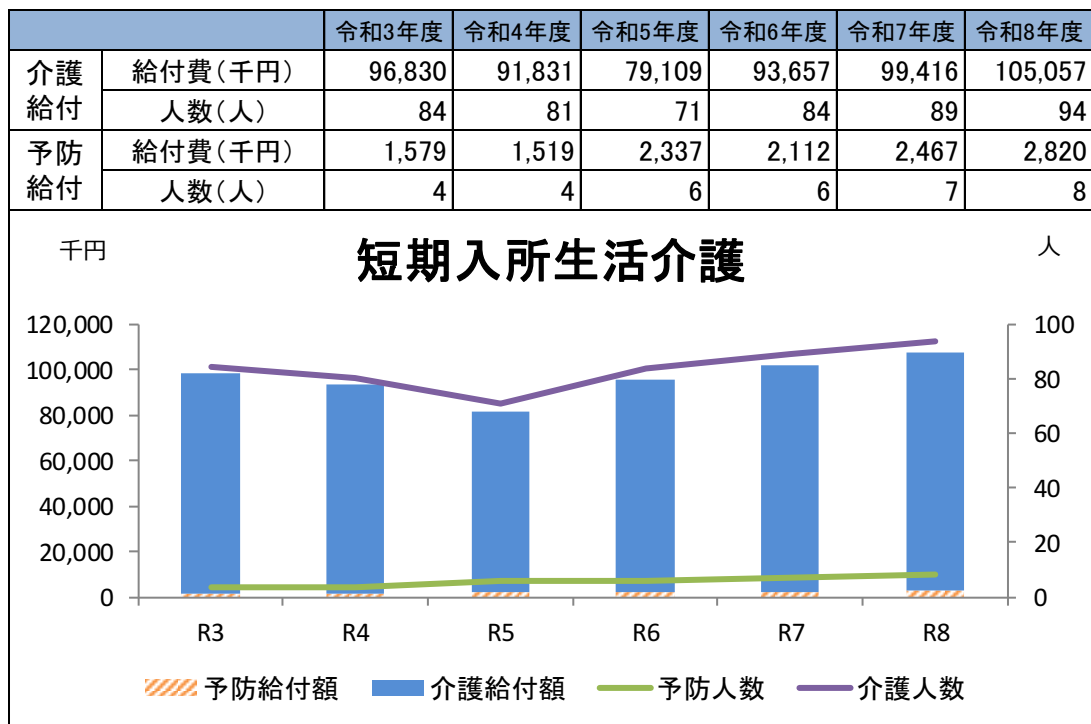
⑦通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション（デイケア）

医療施設に通って、食事・入浴の提供や心身機能の維持回復の機能訓練等を行います。



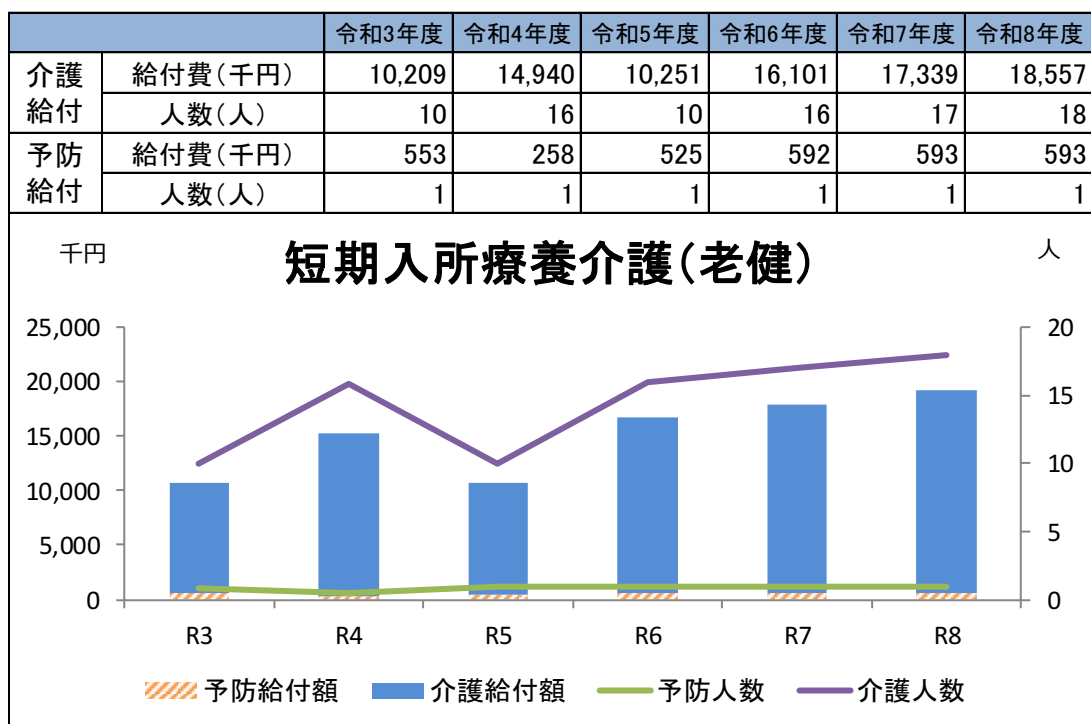
⑧短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）

施設等に短期間入所し、食事・入浴・排泄、その他日常生活の介護や機能訓練を行います。



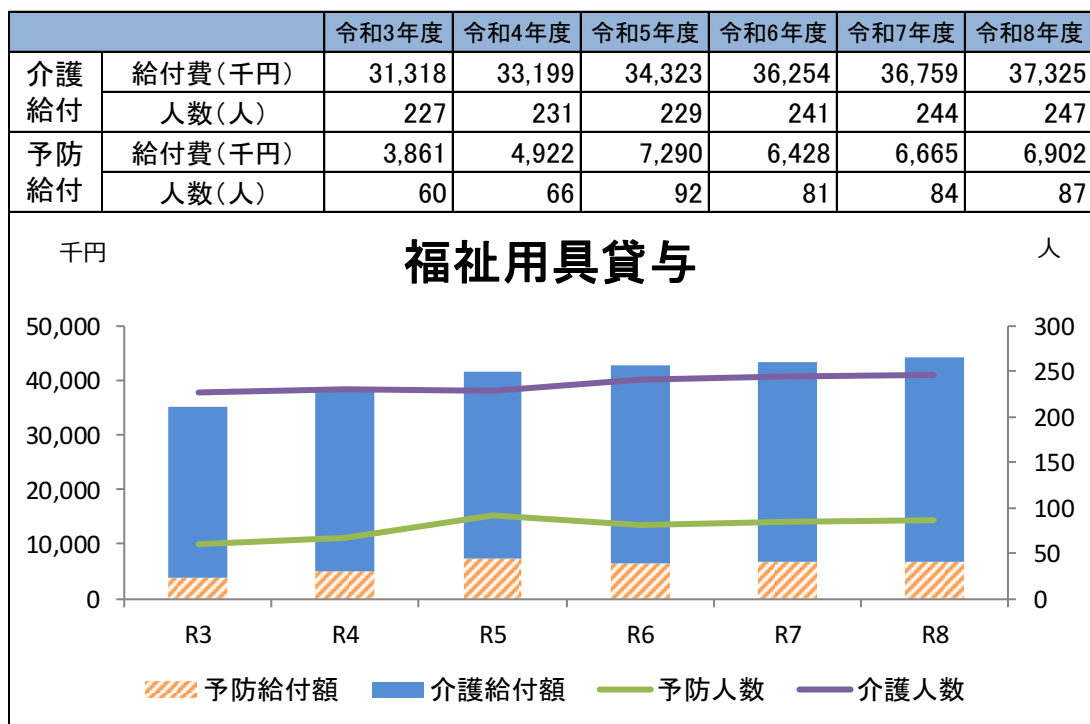
⑨短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（老健）

医療施設等に短期間入所し、食事・入浴・排泄、その他日常生活の介護や看護・機能訓練を行います。



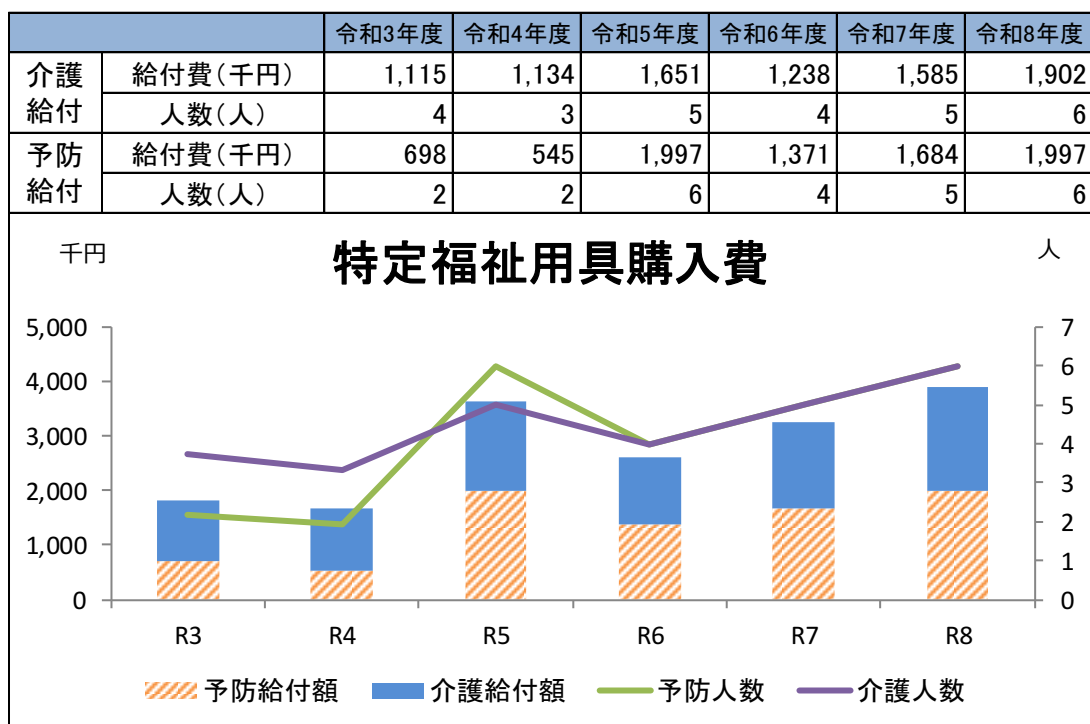
⑩福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

心身の機能が低下した方に、車いす・特殊寝台・体位変換器・歩行補助杖・歩行器・徘徊感知器・移動用リフト等、日常生活を助ける用具を貸与します。



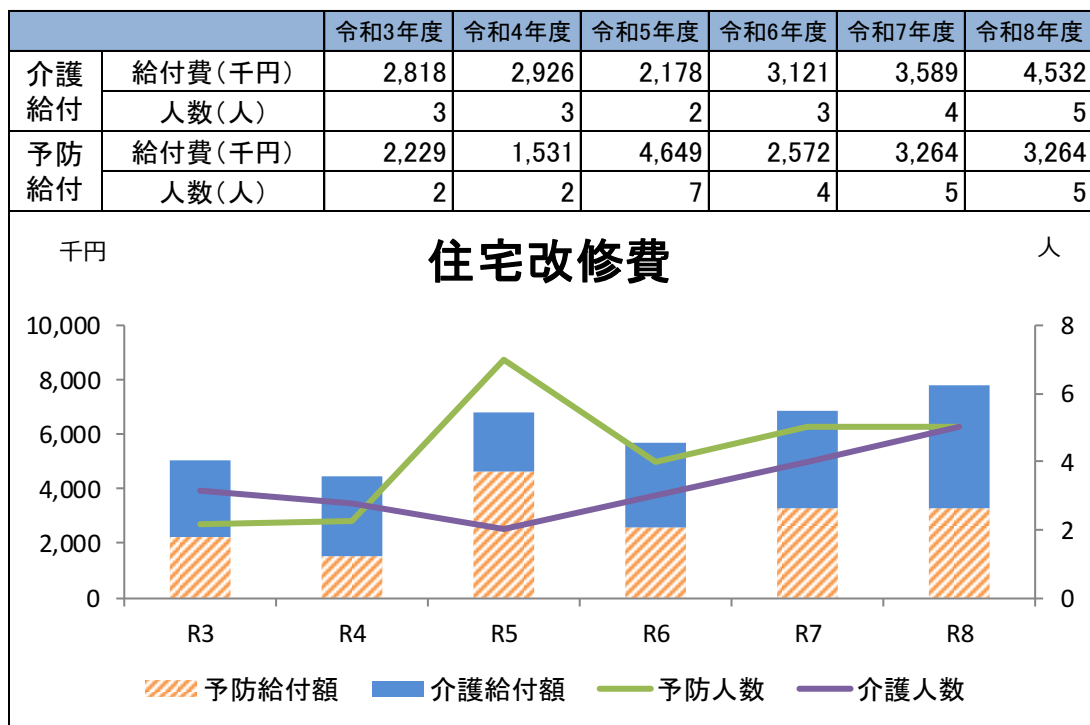
⑪特定福祉用具購入・特定介護予防福祉用具購入

貸与になじまない入浴や排泄等に用いる福祉用具を購入し、日常生活における自立支援や介護者の負担軽減を図ります。



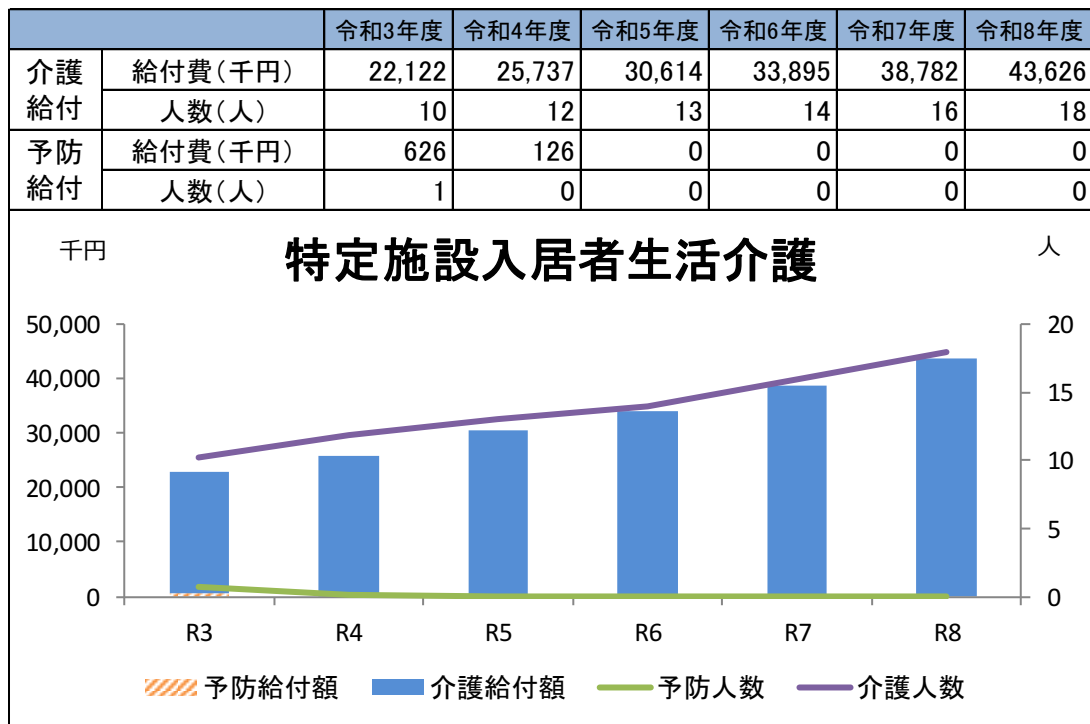
⑫住宅改修・介護予防住宅改修

在宅生活に支障がないよう、手すりの取り付け・段差解消・扉の交換・洋式便器への取り替え等、小規模な住宅改修をする目的として実施します。



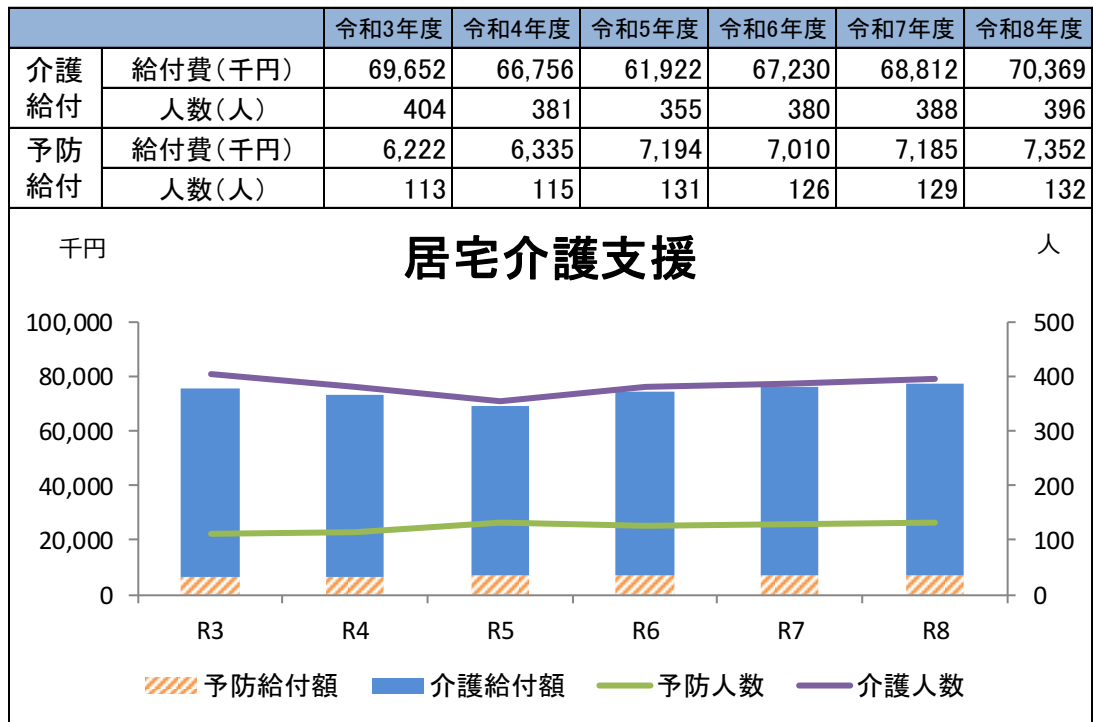
⑬特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

有料老人ホーム等で、食事・入浴・排泄、その他日常生活上の支援や機能訓練を行います。



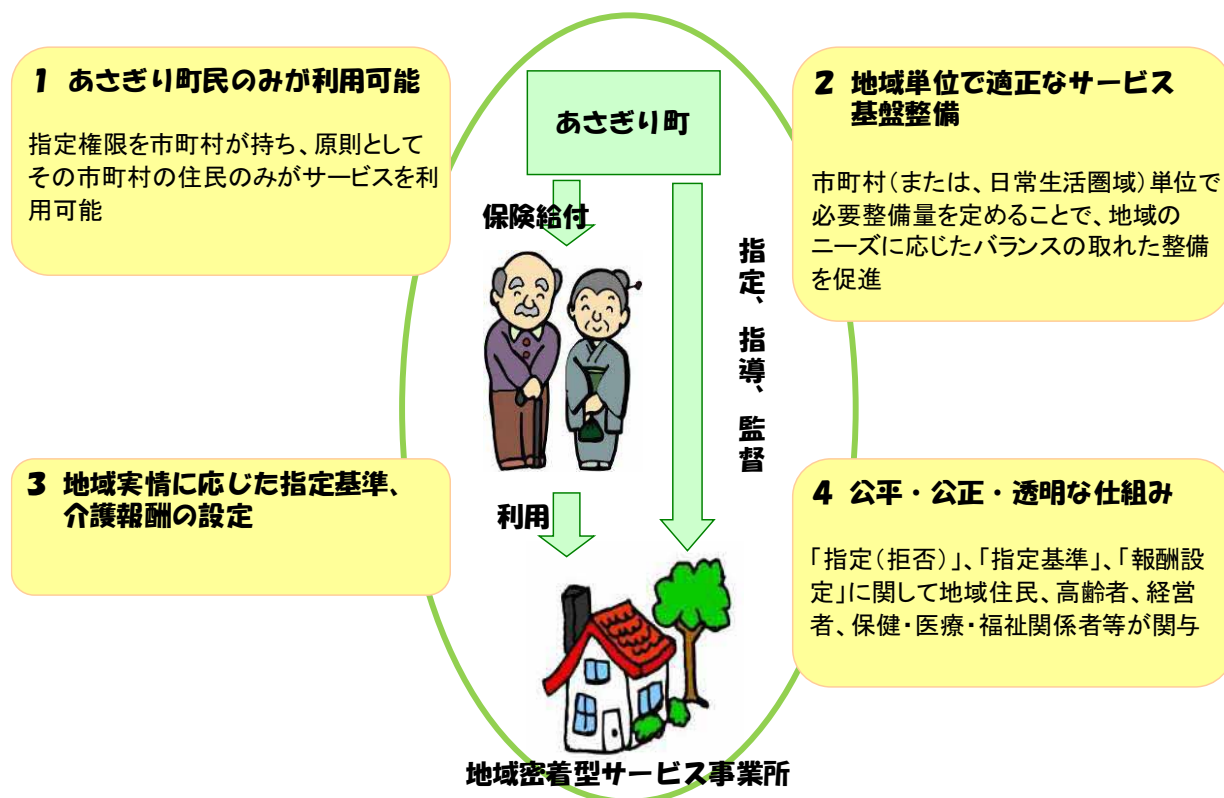
⑭居宅介護支援・介護予防支援

要介護（要支援）者がサービス（施設を除く）を利用する際に、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成します。



(2) 地域密着型サービス

地域密着型サービスは、高齢者が要介護（要支援）状態となっても、できる限り住み慣れた地域での生活を継続できるようにするため、日常生活圏域を基本的な枠組みとして、市町村が指定する事業者が提供するサービスです。



5 地域密着型サービス

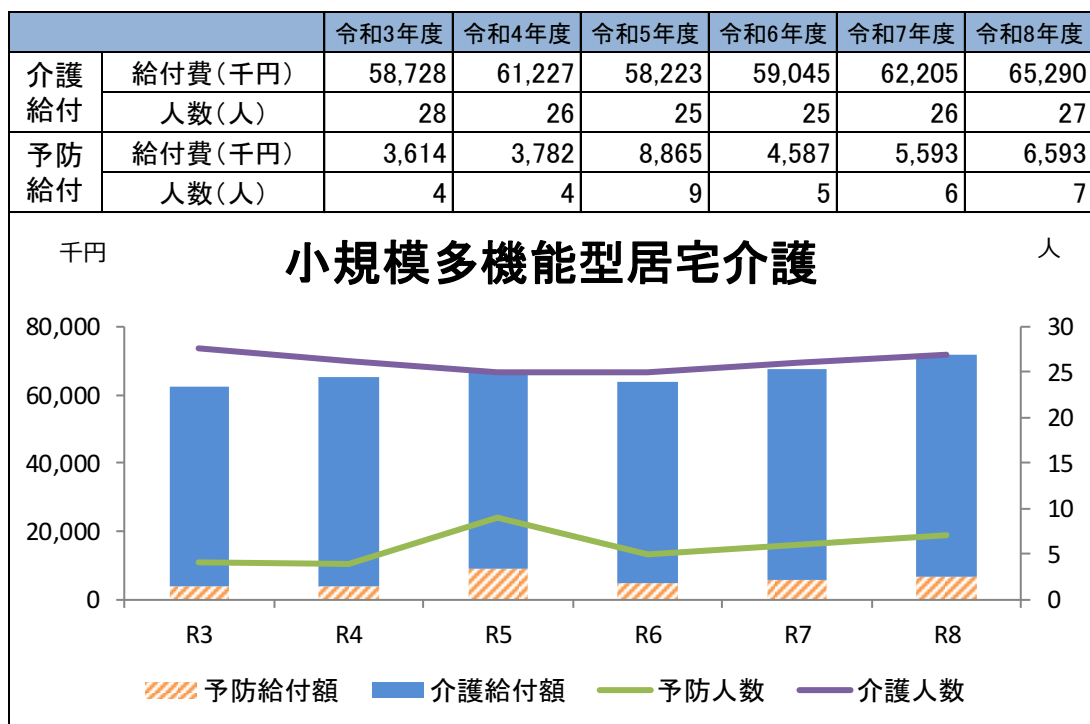
- | | | |
|--------------------|------------------------|--------------|
| ① 定期巡回・随時対応型サービス | ② 夜間対応型訪問介護 | ③ 認知症対応型通所介護 |
| ④ 小規模多機能型居宅介護 | ⑤ 認知症対応型共同生活介護 | |
| ⑥ 地域密着型特定施設入居者生活介護 | ⑦ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | |
| ⑧ 看護小規模多機能型居宅介護 | ⑨ 地域密着型通所介護 | |

令和6年3月現在、本町には、以下のサービス事業所が存在します。

- 小規模多機能型居宅介護
- 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
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 地域密着型通所介護

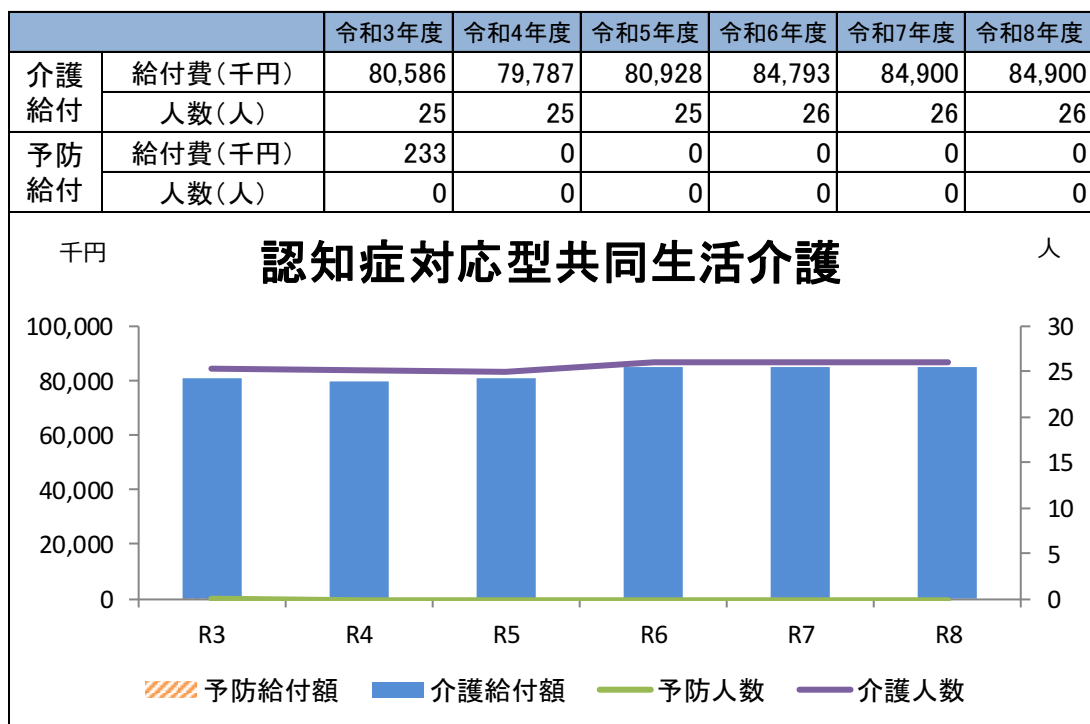
①小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

通所を中心に、利用者や家庭の状況に応じて、訪問や泊まりを組み合わせたサービスや機能訓練を行います。



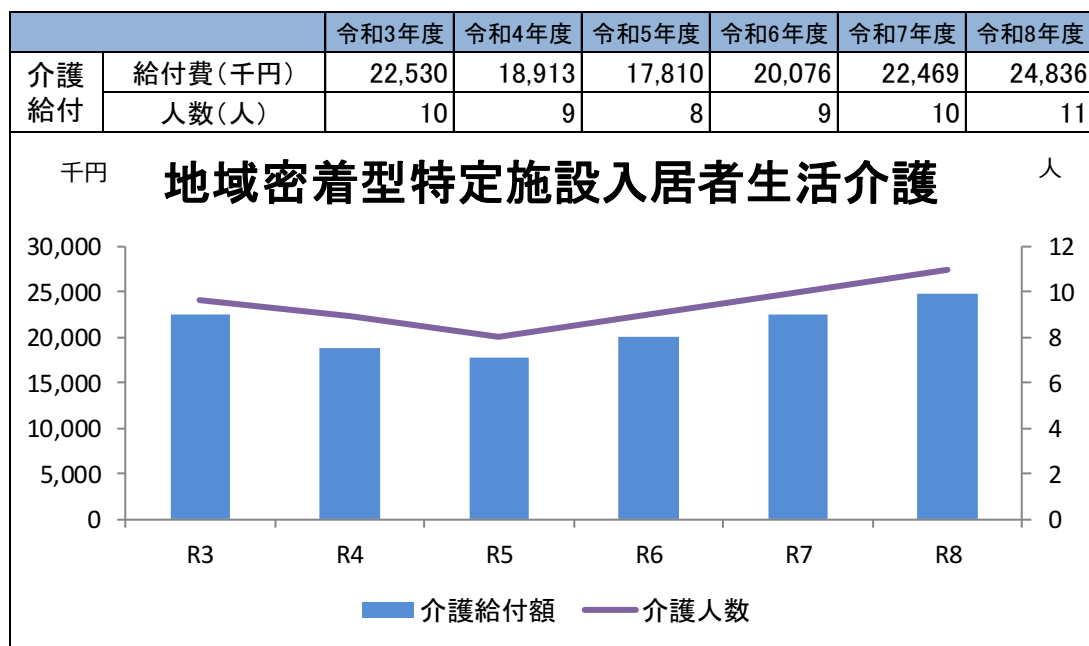
②認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

安定状態にある認知症高齢者等が共同生活をしながら、日常生活の支援や機能訓練等を行います。



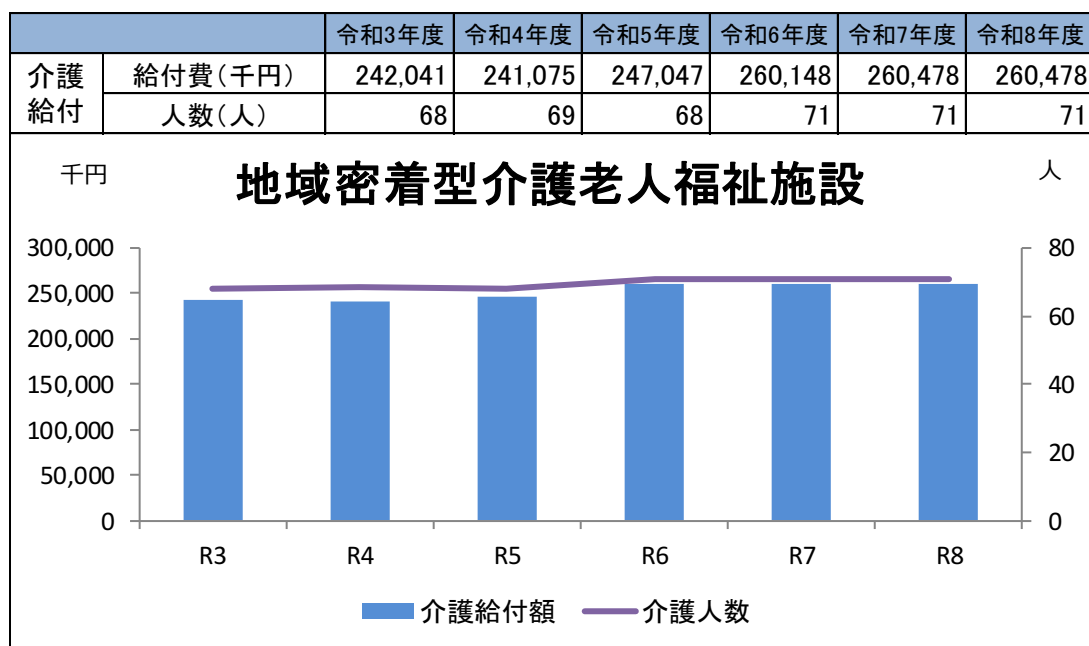
④ 地域密着型特定施設入居者生活介護

地域密着型特定施設での食事・入浴・排泄等の日常生活上の支援や機能訓練を行うサービスです。



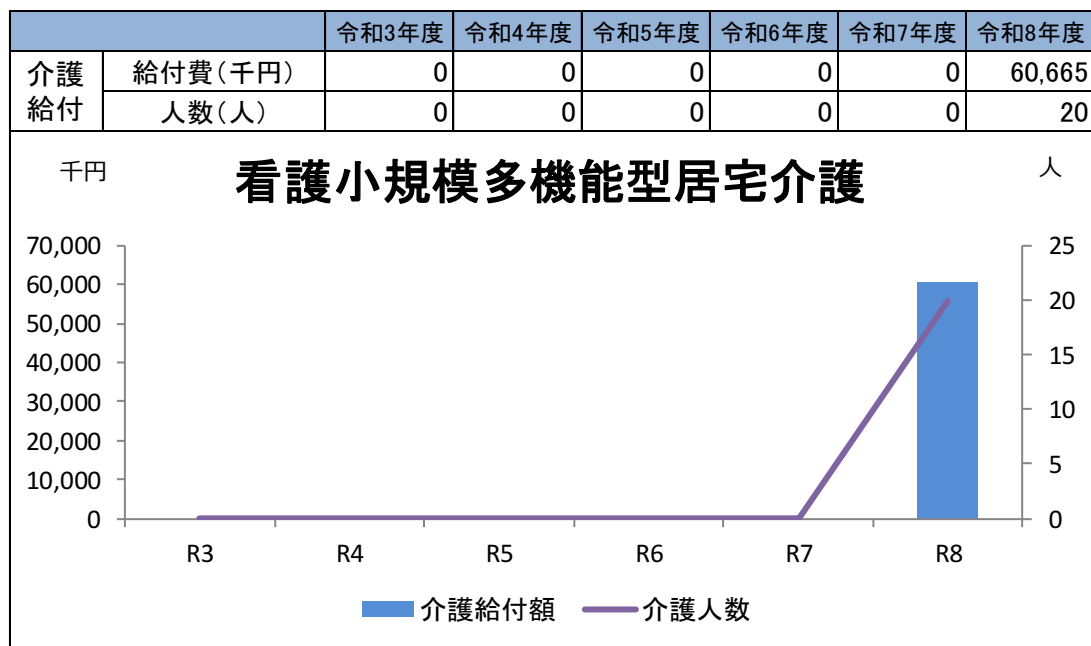
⑤ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

定員 29 人までの小規模な介護老人福祉施設で、食事・入浴・排泄等の介護等、日常生活上の支援や機能訓練を行うサービスです。



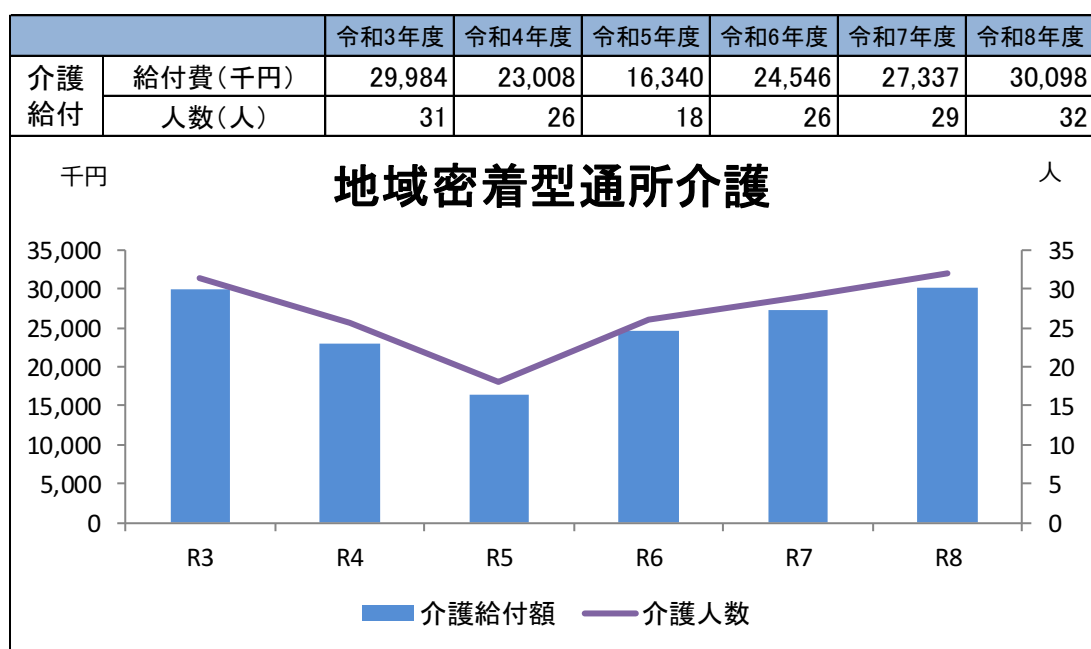
⑤看護小規模多機能型居宅介護

「通い」「泊まり」「訪問」の3種類のサービスと「訪問看護」サービスを、介護と看護の両面から柔軟に組み合わせて提供します。



⑥地域密着型通所介護

定員 18 人以下の小規模のデイサービスセンターに通って、食事・入浴の提供やレクリエーション等を通じた機能訓練を行います。



(3) 施設サービス

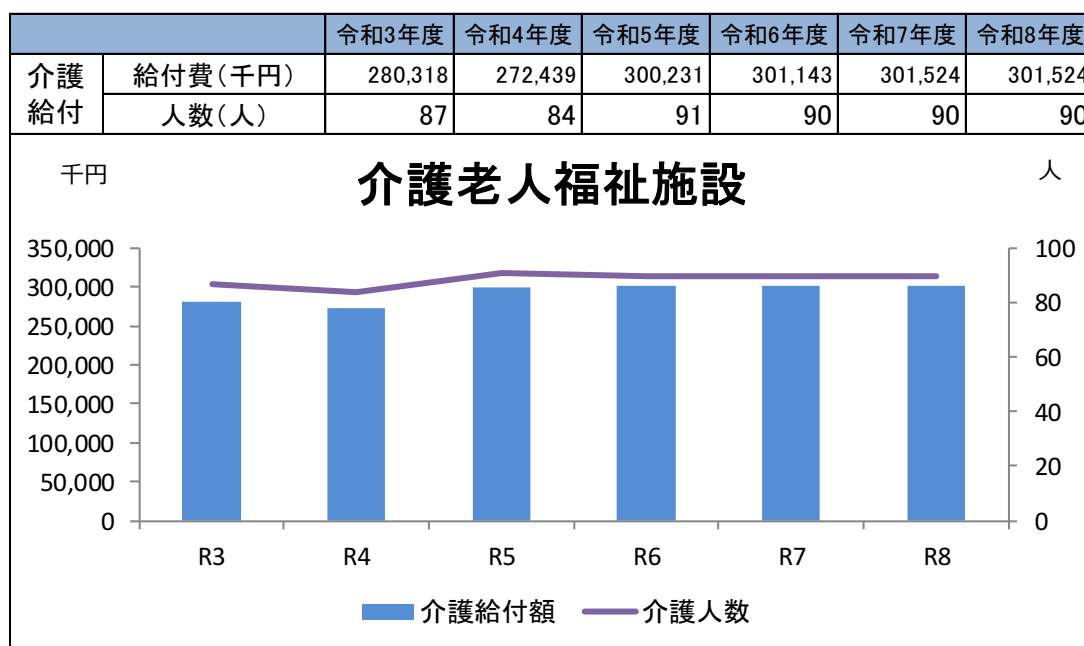
施設介護サービスについては、県と連携して、介護保険事業（支援）計画に沿った適切な基盤整備に努めるとともに、個室・ユニットケア化を進めるなど、多様な住まいの普及に引き続き取り組みます。

また、制度改正により、特別養護老人ホームの新規入所者については、中重度者への重点化が求められ、入所を原則要介護3以上とし、要介護1・2は特例的な対応が必要な場合に限るとされています。

そのため、施設入所者の対応については、国の指針等に基づき、公平公正な判定を行うとともに、既存の施設利用者の重度者への重度化予防にも、引き続き取り組んでいきます。

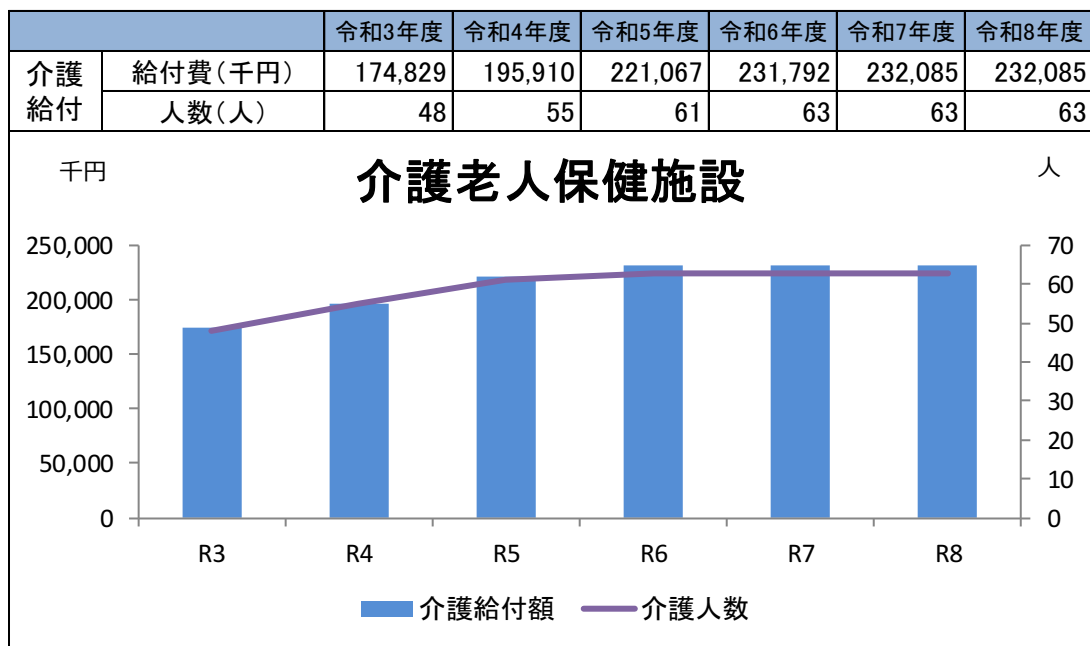
①介護老人福祉施設

介護が必要で、自宅での介護が難しい方が入所し、食事・入浴・排泄等の介助、機能訓練、健康管理等を行う施設サービスです。



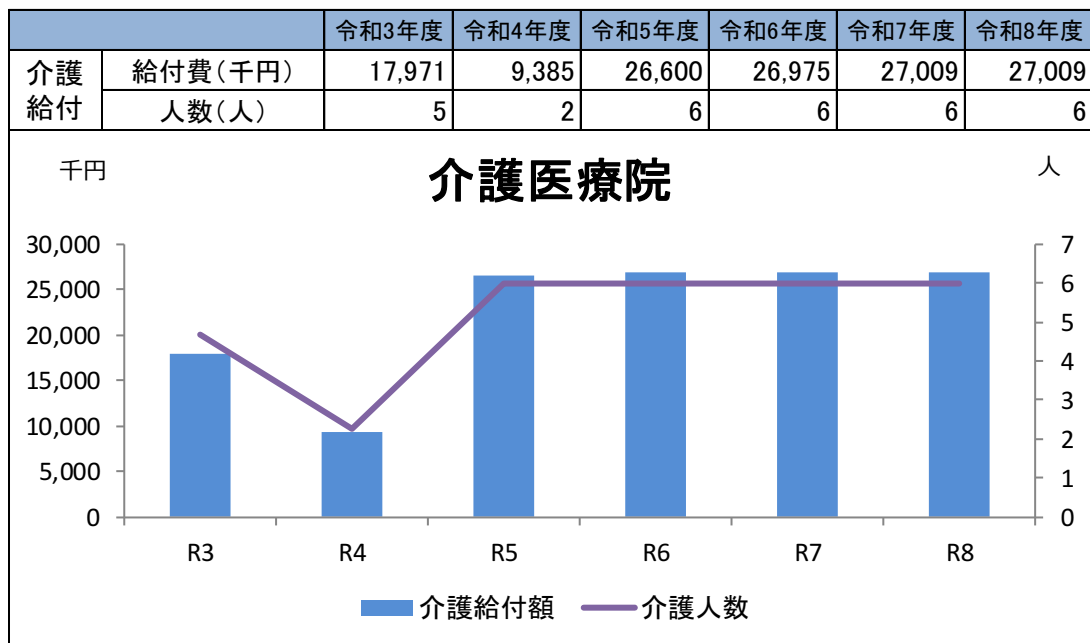
②介護老人保健施設

病状が安定しており、看護や介護に重点を置いたケアが必要な方が入所し、医学的な管理のもとでの介護、機能訓練、日常生活の介助等を行う施設サービスです。



③介護医療院

介護療養型医療施設からの新たな転換先として創設されたもので、急性期は脱して全身状態は安定しているものの、まだ自宅へ退院できる状態ではなく、継続的な治療が必要なため、長期入院をする方に向けた施設サービスです。



3. 必要利用定員総数の設定

本計画において定める地域密着型サービスのうち、市町村介護保険事業計画で定める3年間の必要利用定員総数は、以下のとおりとします。

【本町の地域密着型サービスの必要利用定員総数】

	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症対応型 共同生活介護（人）	27	27	27	27
地域密着型特定施設 入居者生活介護（人）	10	10	10	10
地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護（人）	69	69	69	69



4. 介護保険事業費の算出

(1) 事業費算出の流れ

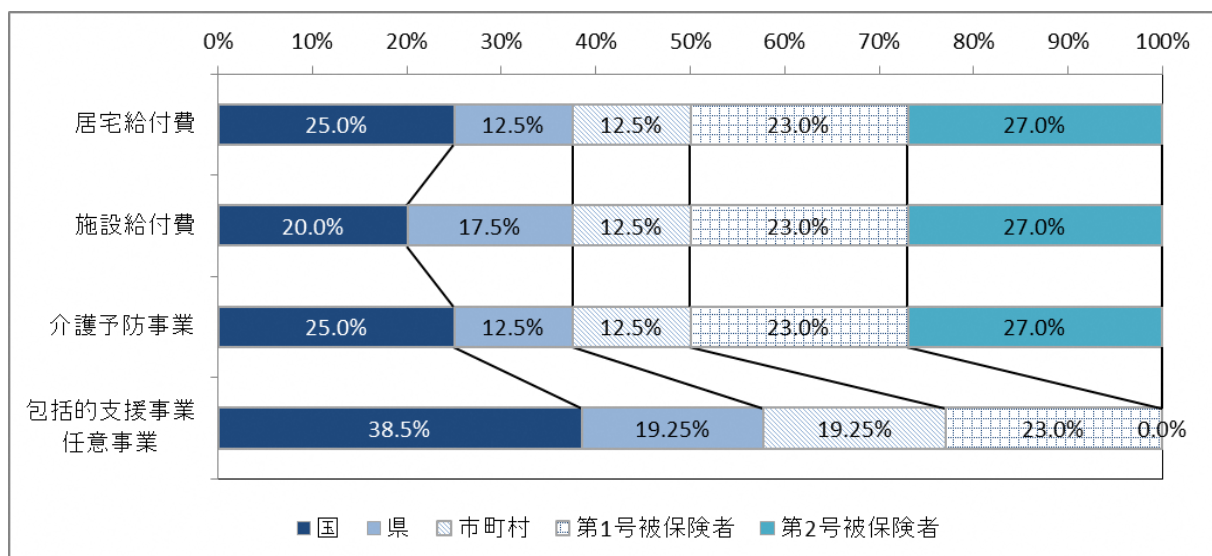
介護保険事業費及び第1号被保険者保険料は、計画期間における第1号被保険者数及び要介護（要支援）認定者数の見込み、さらに、介護保険サービス及び地域支援事業に係る費用見込み等をもとに算定します。

要介護（要支援）認定者に対する保険給付サービス費に加え、それ以外の高齢者全般に対する施策を含む地域支援事業が創設され、その事業費についても介護保険サービスと同様に第1号被保険者（65歳以上の高齢者）の介護保険料を活用することとされました。

介護保険給付の費用は、50%が公費負担、残りの50%が第1号被保険者と第2号被保険者による保険料負担となります。

なお、第1号被保険者の保険料負担割合は23.0%に据え置きとなっています。

	国	県	市町村	第1号被保険者	第2号被保険者
居宅給付費	25.0%	12.5%	12.5%	23.0%	27.0%
施設給付費	20.0%	17.5%	12.5%	23.0%	27.0%
介護予防事業	25.0%	12.5%	12.5%	23.0%	27.0%
包括的支援事業・任意事業	38.5%	19.25%	19.25%	23.0%	-



(2) 事業費の見込み

① 予防給付費

予防給付費は、計画期間における、要支援 1 ～ 2 認定者に対する介護保険サービス供給量の見込みをもとに算出しています。

(単位：千円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
(1) 介護予防サービス	59,793	63,013	65,479
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	0	0	0
介護予防訪問リハビリテーション	7,877	8,264	8,641
介護予防居宅療養管理指導	2,815	3,249	3,679
介護予防通所リハビリテーション	35,856	36,657	37,413
介護予防短期入所生活介護	2,112	2,467	2,820
介護予防短期入所療養介護(老健)	592	593	593
介護予防短期入所療養介護(病院等)	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	6,428	6,665	6,902
特定介護予防福祉用具購入費	1,371	1,684	1,997
介護予防住宅改修	2,572	3,264	3,264
介護予防特定施設入居者生活介護	0	0	0
(2) 地域密着型介護予防サービス	4,587	5,593	6,593
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	4,587	5,593	6,593
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0
(3) 介護予防支援	7,010	7,185	7,352
合計	71,390	75,791	79,424

②介護給付費

介護給付費は、計画期間における、要介護 1 ～ 5 認定者に対する介護保険サービス供給量の見込みをもとに算出しています。

(単位：千円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
(1) 居宅サービス	618,233	645,042	672,478
訪問介護	51,103	54,678	58,188
訪問入浴介護	1,975	2,471	2,966
訪問看護	37,140	37,974	38,950
訪問リハビリテーション	5,746	6,214	6,638
居宅療養管理指導	1,411	1,672	1,820
通所介護	247,030	251,432	256,122
通所リハビリテーション	89,562	93,131	96,795
短期入所生活介護	93,657	99,416	105,057
短期入所療養介護(老健)	16,101	17,339	18,557
短期入所療養介護(病院等)	0	0	0
短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0
福祉用具貸与	36,254	36,759	37,325
特定福祉用具購入費	1,238	1,585	1,902
住宅改修費	3,121	3,589	4,532
特定施設入居者生活介護	33,895	38,782	43,626
(2) 地域密着型サービス	448,608	457,389	526,267
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0
認知症対応型通所介護	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	59,045	62,205	65,290
認知症対応型共同生活介護	84,793	84,900	84,900
特定施設入居者生活介護	20,076	22,469	24,836
介護老人福祉施設入所者生活介護	260,148	260,478	260,478
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	60,665
地域密着型通所介護	24,546	27,337	30,098
(3) 施設サービス	559,910	560,618	560,618
介護老人福祉施設	301,143	301,524	301,524
介護老人保健施設	231,792	232,085	232,085
介護医療院	26,975	27,009	27,009
(4) 居宅介護支援	67,230	68,812	70,369
合計	1,693,981	1,731,861	1,829,732

③その他の給付等の見込み

ア) 標準給付費

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
総給付費(円)	1,765,371,000	1,807,652,000	1,909,156,000
特定入所者介護サービス費等給付額(円)	85,428,824	85,721,677	87,107,264
高額介護サービス費等給付額(円)	41,994,579	42,144,699	42,824,675
高額医療合算介護サービス費等給付額(円)	4,990,000	4,990,000	4,990,000
算定対象審査支払手数料(円)	1,643,082	1,643,082	1,643,082
標準給付費見込額(円)	1,899,427,485	1,942,151,458	2,045,721,021

イ) 地域支援事業費

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防・日常生活支援総合事業費(円)	48,808,000	48,808,000	48,808,000
包括的支援事業 (地域包括支援センターの運営)及び任意事業費(円)	34,000,000	34,000,000	34,000,000
包括的支援事業(社会保障充実分)(円)	21,238,000	21,238,000	21,238,000
地域支援事業費(円)	104,046,000	104,046,000	104,046,000

ウ) 財政安定化基金

	第9期
財政安定化基金拠出金(円)	0
財政安定化基金拠出率(%)	0
財政安定化基金償還金(円)	0

エ) 準備基金の残高と取崩額

	第9期
準備基金の残高(円)	188,104,360
準備基金取崩額(円)	99,200,000

オ) 市町村特別給付費等

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
市町村特別給付費等(円)	0	0	0

カ) 予定保険料収納率

	第9期
予定保険料収納率(%)	99.8%

5. 介護保険料の算出

(1) 第1号被保険者の介護保険料基準額の算出

(単位：円)

標準給付費見込額	5,887,299,964
+	
地域支援事業費	312,138,000
=	
介護保険事業費見込額	6,199,437,964
×	
第1号被保険者負担割合	23.0%
=	
第1号被保険者負担分相当額	1,425,870,732
+	
調整交付金相当額	301,686,198
-	
調整交付金見込額	439,559,000
+	
財政安定化基金償還金	0
-	
保険者機能強化推進交付金等の交付見込額	12,000,000
-	
準備基金取崩額	99,200,000
+	
市町村特別給付費等	0
=	
保険料収納必要額	1,176,797,930
÷	
予定保険料収納率	99.8%
÷	
所得段階別加入割合補正後第1号被保険者数(3年間)	16,133
=	
年額保険料	73,200
÷	
12 か月	
=	
月額保険料(基準額)	6,100
(参考)前期の月額保険料(基準額)	5,900

(2) 所得段階に応じた介護保険料の設定

介護保険料は一律ではなく、住民税の課税状況や収入・所得の状況により段階別に定めています。国では、これまでの第9段階を細分化し、新たに4段階を設けて計13段階とすることで、介護保険制度内の所得再分配機能を強化し、低所得者の保険料上昇を抑制する方針を示しています。

本町においても、第1号被保険者の介護保険料基準額（第5段階の保険料月額）に対して、13段階それぞれに応じた介護保険料月額の設定を行います。

また、低所得者層の保険料負担軽減のため、第1段階から第3段階については、公費の投入による負担割合の引き下げを実施しています。

各段階における第9期計画期間（令和6年度～令和8年度）の保険料負担割合及び保険料月額は以下のとおりとなります。

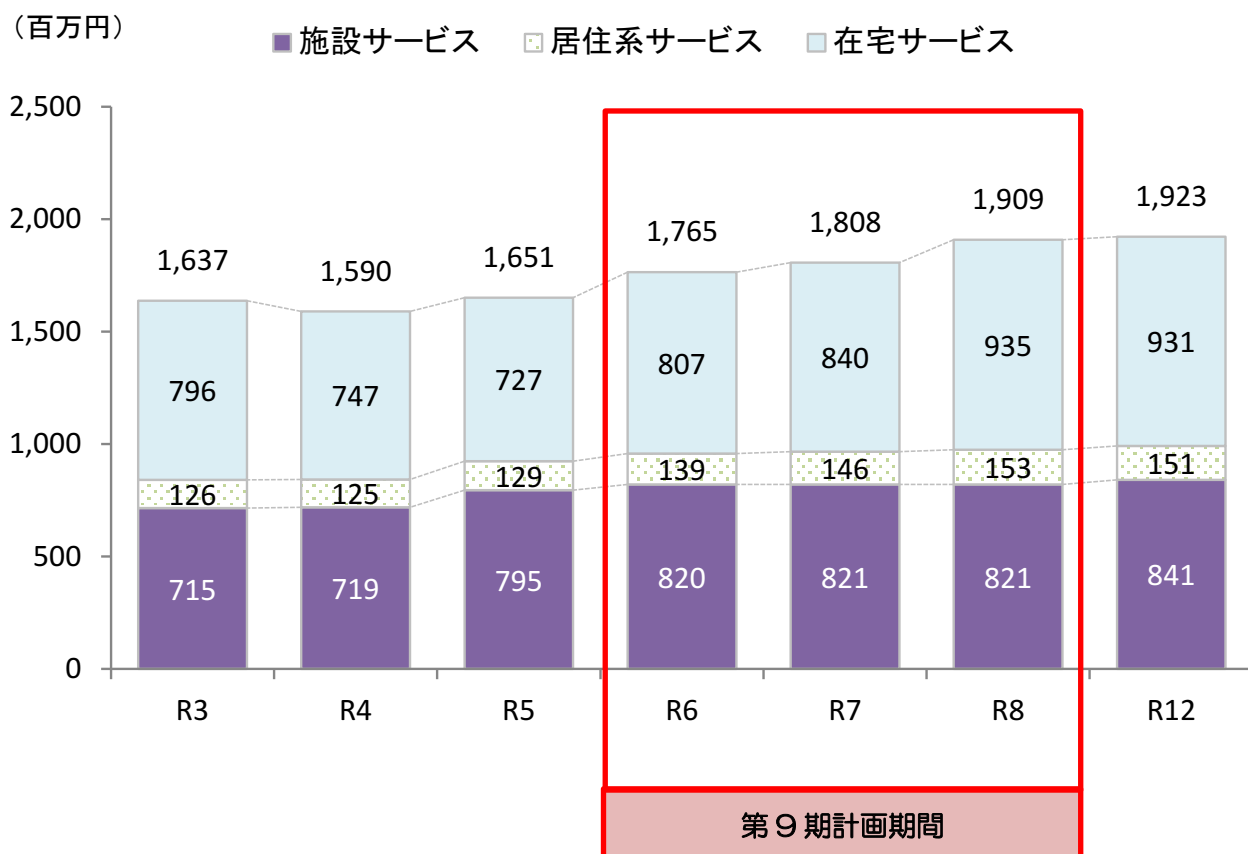
	該当条件	基準額に対する 負担割合	保険料月額 (令和6年度～令和8年度)
第1段階	生活保護受給者、世帯全員が住民税非課税の老齢福祉年金受給者、本人年金収入等80万円以下	0.285 (0.455)	1,739円
第2段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円超120万円以下	0.485 (0.685)	2,959円
第3段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等120万円超	0.685 (0.69)	4,179円
第4段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下	0.9	5,490円
第5段階 【基準額】	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円以上	1.0	6,100円
第6段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額120万円未満	1.2	7,320円
第7段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額120万円以上210万円未満	1.3	7,930円
第8段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額210万円以上320万円未満	1.5	9,150円
第9段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額320万円以上420万円未満	1.7	10,370円
第10段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額420万円以上520万円未満	1.9	11,590円
第11段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額520万円以上620万円未満	2.1	12,810円
第12段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額620万円以上720万円未満	2.3	14,030円
第13段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額720万円以上	2.4	14,640円

※基準額に対する負担割合の（ ）内の数値は公費投入による軽減前の負担割合です。

6. 給付費と介護保険料の今後の予測

(1) 給付費の今後の予測

本計画では、第9期計画期間以降の総給付費及びサービス別給付費を以下のとおりに推計しています。本町では、75歳以上の高齢者の増加や要介護（要支援）認定者数の将来予測などから、給付費は今後も増大していくものと見込んでいます。

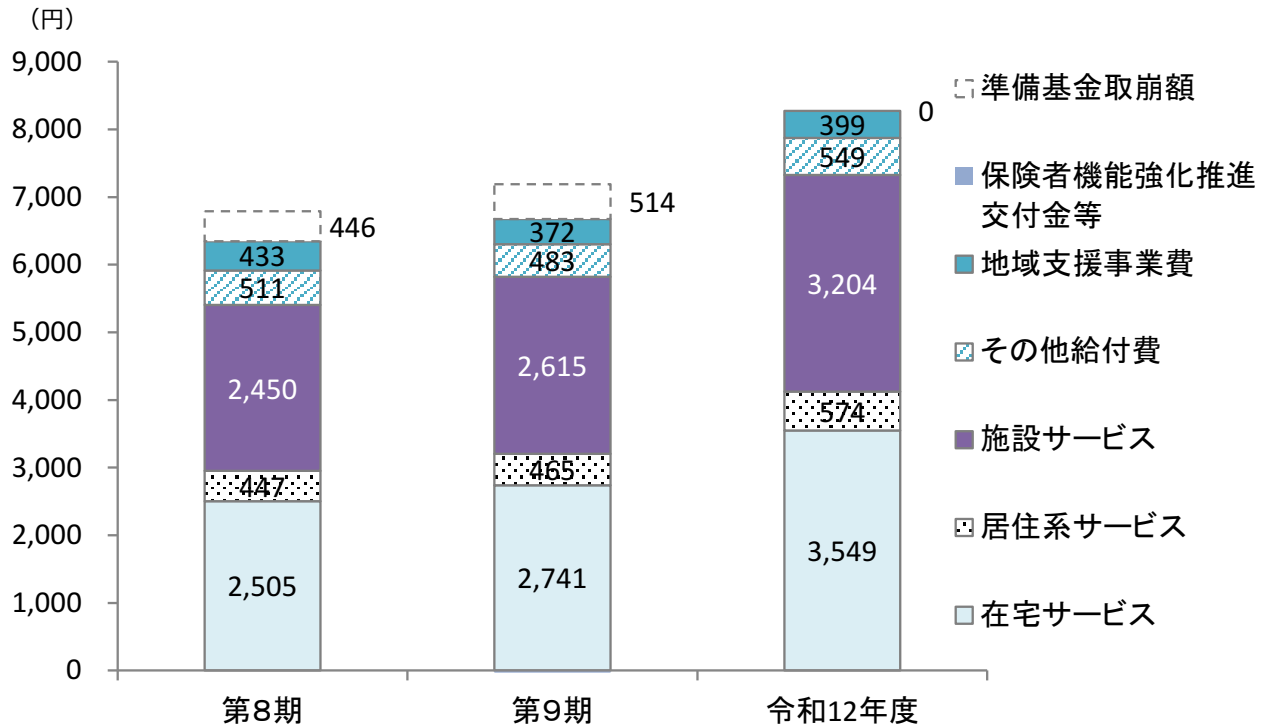


(単位：円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
総給付費	1,765,371	1,807,652	1,909,156
在宅サービス	806,549	840,405	934,698
居住系サービス	138,764	146,151	153,362
施設サービス	820,058	821,096	821,096

(2) 介護保険料基準額の内訳と今後の予測

介護保険料は、給付費の見込みをはじめとした以下のような内訳で算出しています。給付費の増加にともなって介護保険料も増額が必要になりますが、本町では、第8期計画同様、第9期計画においても、準備基金を取り崩し、保険料に充当することで増額幅を抑えています。



(金額の単位: 円)

	第8期		第9期		令和12年度	
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
総給付費	5,403	85.1%	5,821	88.0%	7,327	88.5%
在宅サービス	2,505	39.5%	2,741	41.4%	3,549	42.9%
居住系サービス	447	7.0%	465	7.0%	574	6.9%
施設サービス	2,450	38.6%	2,615	39.5%	3,204	38.7%
その他給付費	511	8.1%	483	7.3%	549	6.6%
地域支援事業費	433	6.8%	372	5.6%	399	4.8%
財政安定化基金	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
保険者機能強化推進交付金等	0	0.0%	(62)	-0.9%	0	0.0%
保険料収納必要額	6,346	100.0%	6,614	100.0%	8,275	100.0%
準備基金取崩額	446	7.0%	514	7.8%	0	0.0%
保険料基準額	5,900	93.0%	6,100	92.2%	8,275	100.0%

資料編

資料編

1. あさぎり町保健福祉総合計画策定委員会条例

平成 15 年 4 月 1 日

条例第 90 号

(設置)

第 1 条 本町は、住民の創意工夫を生かした福祉サービスと保健・医療サービスの一体的推進を図るため保健福祉総合計画策定委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

(所掌事務)

第 2 条 委員会は、次の各号に掲げる事務をつかさどる。

- (1) 事業計画の作成及び事業の推進に関すること。
- (2) その他事業計画の作成及び事業の推進に関して必要な事項。
- (3) 事業計画期間の評価に関すること。

(組織)

第 3 条 委員会は、委員 50 人以内と若干人の専門家で構成する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから町長が委嘱する。

- (1) 社会福祉関係者
- (2) 保健・医療関係者
- (3) 関係機関の職員
- (4) 住民の代表者
- (5) その他町長が必要と認めた者

(任期)

第 4 条 委員の任期は 3 年とし、再任は妨げない。

2 欠員を生じた場合の補充委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員長及び副委員長)

第 5 条 委員会に委員長及び副委員長を置き、委員長は、委員の互選によりこれを選任し、副委員長は、委員のうちから委員長が指名する。

2 委員長は、会務を総理し、委員会を代表する。

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

(会議)

第 6 条 会議は、次の三つからなる。

- (1) 全体会 全委員で構成し、計画策定全般及び評価について協議する。
- (2) 代表者会 各部会の代表者数名と専門家で構成し、部会の取りまとめを行う。
- (3) 部会 必要に応じ全体会で構成委員を定め、各保健福祉計画の策定・評価について協議する。

(関係者の出席)

第 7 条 委員長は、必要があると認めたときは、委員以外の者に会議への出席を求めて意見を述べさせ、若しくは証明させ、又は必要な資料の提出を求めることができる。

(専門部)

第 8 条 専門的な調査及び検討を行うため専門部会を置き、関係機関のうち町長が委嘱する。

2 専門部会は、委員長の命を受け調査及び研究を行う。

(守秘義務)

第 9 条 委員は、業務上知り得た事柄について他に漏らしてはならない。

(庶務)

第 10 条 委員会の庶務は、生活福祉課において処理する。

(委任)

第 11 条 この条例に定めるもののほか、必要な事項は、町長が定める。

附 則

この条例は、平成 15 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(平成 17 年 12 月 16 日条例第 48 号)

この条例は、平成 18 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(平成 18 年 3 月 16 日条例第 18 号)

この条例は、平成 18 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(平成 22 年 3 月 11 日条例第 2 号)

この条例は、平成 22 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(平成 28 年 3 月 9 日条例第 5 号)

この条例は、平成 28 年 4 月 1 日から施行する。

2. あさぎり町保健福祉総合計画策定委員会（高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定部会）委員名簿

◎策定委員

区分	氏名	所属等	備考
医療・保険 関係者	東 敏寛	球磨郡医師会	認知症サポート医
医療・保険 関係者	河野 雄一	介護福祉施設	
医療・保険 関係者	田頭 祐一郎	居宅介護支援事業所	
医療・保険 関係者	権頭 弘賢	地域密着型サービス事業所	
医療・保険 関係者	山片 てい	介護予防事業所	
社会福祉 関係者	黒木 めぐみ	社会福祉協議会	生活支援 コーディネーター
住民の代表	豊永 憲二	区長会	
住民の代表	山下 久美子	民生児童委員会	
住民の代表	木村 一雄	被保険者代表	
住民の代表	深水 恵覚	被保険者代表	

(敬称略)

◎あさぎり町役場高齢福祉課

氏名	役職・担当
林 敬一	課長
尾方 圭	課長補佐
坂本 有吾	介護保険・高齢者支援グループ長
濱本 世津江	地域包括支援センター長
岩水 昭憲	計画担当



あさぎり町高齢者福祉計画及び

第 9 期介護保険事業計画

令和 6 年3月
あさぎり町役場 高齢福祉課
〒868-0408
熊本県球磨郡あさぎり町免田東 1199 番地