

# あさぎり町高齢福祉計画及び 第8期介護保険事業計画 (令和3年度～令和5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できる～

令和3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 計画の背景・趣旨	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	
2. 地域共生社会実現のための社会福祉法等の一部改正の概要	
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	
2. 計画の期間と目標	
3. 日常生活圏域の設定	
4. 住民参画による地域性を活かした計画策定	
第2章 高齢者を取り巻く現状と課題	9
第1節 人口と高齢者の状況	9
1. 人口の推移と予測	
2. 認定者数と認定率の推移	
3. 高齢者世帯の推移	
4. 介護給付費の推移	
5. 認知症高齢者の推移と予測	
第2節 あさぎり町の高齢者に関する調査	16
1. 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	
2. 在宅介護実態調査	
第3章 基本理念と計画策定の考え方	26
第1節 計画の目指す姿	26
1. 基本理念	
2. 基本目標	
3. 重点的取り組みと目標の設定	
第2節 地域包括ケアの実現に向けた取り組み	29
1. 主要施策の概要	
2. 施策の体系	
各論	
第1章 生涯現役社会の実現と自立支援、健康づくりの推進	37
第1節 高齢者の社会参加の促進	37
1. 高齢者のいきがいくつくりと社会参加の促進	
2. 高齢者の就労支援と社会参加の促進	
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	40
1. 介護予防・生活支援サービス事業の推進	
2. 一般介護予防事業の推進	
第3節 保健事業と介護予防の一体的実施の推進	46
1. 後期高齢者健診・歯科口腔健診受診率の向上	
2. 高齢者の生活習慣病の重症化予防	
3. ロコモティブシンドローム・フレイルの予防	
第4節 地域ケア会議の充実	50
1. 地域ケア会議の推進	
2. 包括ケア会議（自立支援型）の実施	
第2章 認知症の発症を遅らせ、認知症になっても安心して暮らせる体制の整備	53
第1節 認知症への理解と普及・啓発、本人発信支援の推進	53
1. 認知症サポーターの養成と活動の活性化	
2. 認知症窓口の認知度向上に向けた取り組みの推進	
第2節 認知症の予防の推進	55
1. 認知症の予防についての理解の促進	
2. 早期発見・早期対応の充実と認知症予防事業の展開	
第3節 認知症医療・ケア・介護サービス・介護者への支援の推進	56
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	
2. 認知症ケアパス等を活用した普及・啓発活動の推進	
3. 介護従事者の認知症対応能力の向上の推進	
第4節 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の方への支援・社会参加支援の推進	58
1. 成年後見制度利用促進計画の推進	
2. 高齢者の虐待防止の推進	
3. 高齢者の消費者被害の防止の取り組みの推進	
4. 若年性認知症の方への支援	
5. 認知症カフェの充実	

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・介護連携事業の推進	
2.	多職種連携体制づくりの推進	
3.	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	
第2節	地域包括支援センターの機能強化と事業推進.....	65
1.	地域包括支援センターの機能強化	
2.	包括的支援事業の推進	
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	
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.....	68
第1節	地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進.....	68
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	
2.	相談を包括的に受け止める多機関協働による支援体制の整備	
3.	共生型サービスの普及に向けた取り組みの推進	
第2節	高齢者福祉事業の推進 .....	70
1.	生活管理短期宿泊事業の提供	
2.	地域自立支援事業の提供	
3.	見守りを含めた食の自立支援事業の提供	
4.	家族介護支援事業の提供	
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	
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.....	73
1.	生活支援体制整備事業の推進	
2.	高齢者等世帯訪問の推進	
3.	ささえ愛福祉ネットワークによる見守りの推進	
第4節	高齢者向け住まいの確保の推進 .....	75
1.	高齢者の住まいの確保（養護老人ホーム等）	
2.	有料老人ホーム等の県との情報共有	
第5節	高齢者の移動手段の確保 .....	76
1.	デマンド交通事業の推進	
第6節	防災対策・感染症対策の推進 .....	78
1.	防災対策の推進	
2.	感染症対策の推進	
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.....	79
第1節	介護給付の適正化に向けた取り組みの推進	
1.	要介護認定の適正化	
2.	ケアプラン点検	
3.	住宅改修等の点検	
4.	縦覧点検・医療情報との突合	
5.	介護給付費通知	
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. 82	
1.	多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みの推進	
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	
3.	介護サービスの充実	
4.	情報提供体制の充実	
5.	事業者の適切な指定、指導・監査の実施	

# 総論



# 第1章 計画策定にあたって

## 第1節 計画の背景・趣旨

平成12年（2000年）にスタートした介護保険制度は、3年を1期とした21年（第7期）が経過しました。その間、国においては年金や医療、介護・障がい福祉といった社会保障給付費が上昇し続けてきましたが、令和7年（2025年）には団塊の世代が75歳以上となり、介護や医療のニーズがさらに高まることが予想されています。

さらに人口推移をみると、すでに生産年齢人口の減少が始まっていますが、令和22年（2040年）には、団塊の世代ジュニアと呼ばれる現在40代後半の方が一斉に65歳になり、高齢者人口がピークを迎えることとなります。

そのため国は、第8期計画策定に向けた基本方針として、「介護予防・地域づくりの推進、認知症施策の総合的推進」、「地域包括ケアシステムの推進」、「介護現場の革新」の3つの目標を掲げています。

また、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等に基づき、市町村に自己評価を求めるなど、保険者としての地域マネジメントのための具体的なツールを導入しています。

本町では、これまで「新しい介護予防・日常生活支援総合事業」、「在宅医療・介護連携の強化」、「地域ケア会議の推進」、「総合的な認知症施策の推進」、「生活支援・介護予防の基盤整備」の5つの柱を重点的取り組み事項とした「地域包括ケアシステム」の構築に向けて、基盤整備を進めてきました。

今後も、高齢者の抱える多様な課題やニーズに対応していくために、高齢者の健康づくりや生きがいづくり、互いに支え合う「自助・互助・共助・公助」の考え方に立った、地域全体で支え合う仕組みづくりとなる「地域包括ケアシステム」を深化・推進していくことが重要となります。

そのため、高齢者福祉サービスの整備（公助）を検討しつつ、多くの高齢者が健康で、仕事や地域の中の活動等で役割を担いつつ活躍できる取り組み（自助・互助）の充実を図っていくことを目指し、令和7年（2025年）を見据えた中長期的な計画の3期目の計画として、『第8期あさぎり町高齢者福祉計画及び介護保険事業計画』を策定しました。

## 【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割の負担で利用できる制度の開始
- 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

- 介護予防システムの構築と高齢者の尊厳を考えたケアの確立
- 「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（要介護認定やケアマネジメント等の適正化）
- 介護サービス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に向けた、医療、介護、予防、生活支援、住まいの連携強化により、高齢者が包括的・継続的にサービスを受けられる体制づくり
- 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

- 地域包括ケア実現のための方向性を継承し、在宅医療・介護連携等の本格化
- 2025年までのサービス・保険料水準等、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
- 居宅介護支援事業所の権限移行等、市町村権限の強化
- 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

## 【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る。

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る。

地域ケア会議・協議体の導入

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

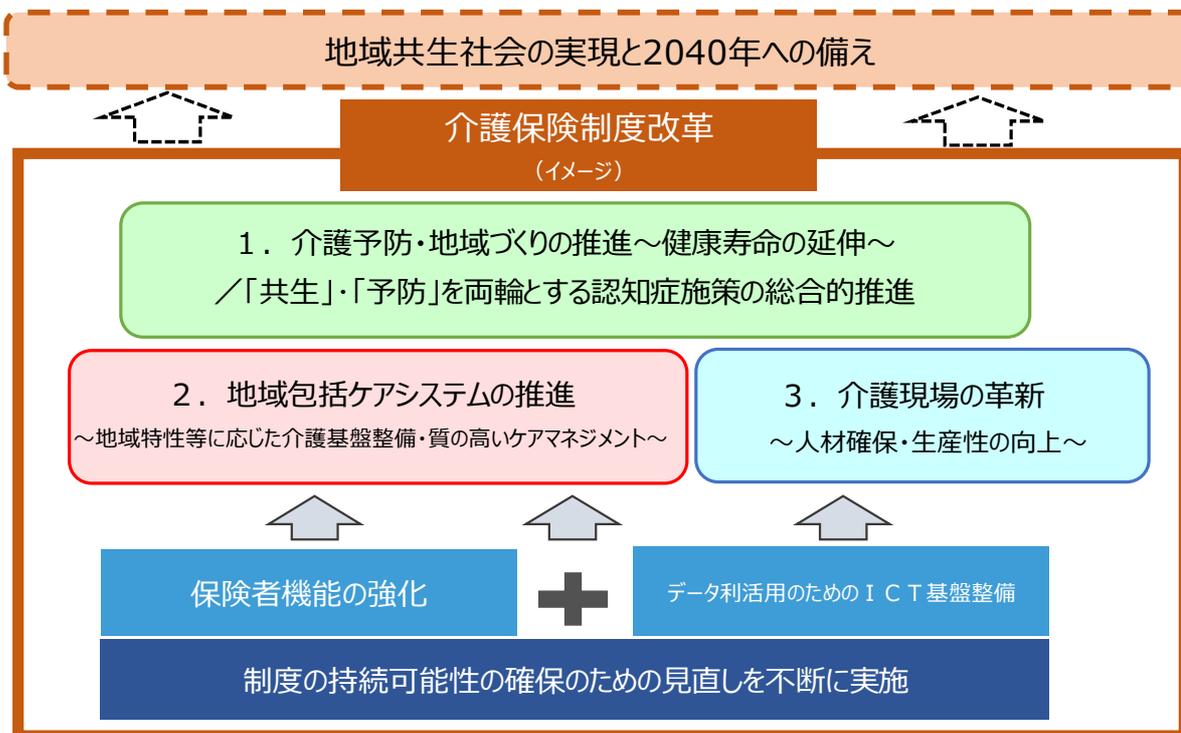
### 第7期以降 地域マネジメントのための具体的なツールの導入 (評価の仕組みとマネジメント責任の明確化)

- 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、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。

## 第2節 国の動向や制度改正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8期計画策定に向けた基本方針として、以下3つの目標を掲げています。また、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等に基づき、市町村に自己評価を求めています。



### 保険者機能強化推進交付金（令和元年度）

#### I. PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築

■見える化活用による実態把握 ■日常生活圏域別高齢者人口 ■2025年将来推計 ■給付実績モニタリング ■要介護者数実績モニタリング ■医療計画を踏まえた追加需要の進捗管理 ■自立支援・重度化予防進捗管理 ■自立支援・重度化予防目標未達時の改善案検討 ■地域差分析と適正化

#### II. 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進

地域密着型サービス	ケアマネ・介護サービス事業所	地域包括支援センター	在宅医療・介護連携
認知症総合支援	介護予防・日常生活支援	生活支援体制の整備	要介護状態の維持改善

#### III. 介護保険運営の安定化に資する施策の推進

介護給付の適正化	介護人材の確保
----------	---------

## 2. 地域共生社会実現のための社会福祉法等の一部改正の概要

国は、地域共生社会の実現を目指し、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福祉サービス提供体制を整備する観点から、以下5点の実現を確保するため、社会福祉法の一部を改正することとしており、本計画はその実施計画の位置づけを持つものとしします。

### 【改正の概要】

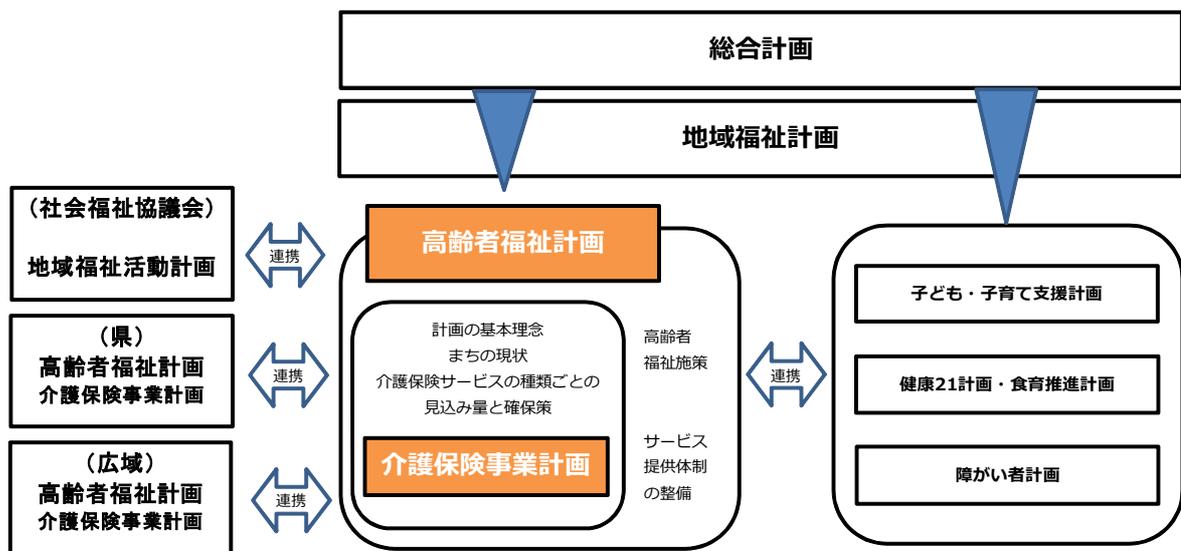
1. 地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援
  - ①市町村において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の抱える課題の解決のための包括的な支援体制の整備を行うための、新たな事業及びその財政支援等の規定を創設するとともに、関係法律の規定の整備を行う。
2. 地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進
  - ①認知症施策の地域社会における総合的な推進に向けた国及び地方公共団体の努力義務を規定する。
  - ②市町村の地域支援事業における関連データの活用の努力義務を規定する。
  - ③介護保険事業（支援）計画の作成にあたり、当該市町村の人口構造の変化の見通しの勘案、高齢者向け住まい（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅）の設置状況の記載事項への追加、有料老人ホームの設置状況に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化を行う。
3. 医療・介護のデータ基盤の整備の推進
  - ①介護保険レセプト等情報・要介護認定情報に加え、厚生労働大臣は、高齢者の状態や提供される介護サービスの内容の情報、地域支援事業の情報の提供を求めると規定する。
  - ②医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）や介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）等の医療・介護情報の連結精度向上のため、社会保険診療報酬支払基金等が被保険者番号の履歴を活用し、正確な連結に必要な情報の安全性を担保しつつ提供することができることとする。
  - ③社会保険診療報酬支払基金の医療機関等情報化補助業務に、当分の間、医療機関等が行うオンライン資格確認の実施に必要な物品の調達・提供の業務を追加する。
4. 介護人材確保及び業務効率化の取組の強化
  - ①介護保険事業（支援）計画の記載事項として、介護人材確保及び業務効率化の取組を追加する。
  - ②有料老人ホームの設置等に係る届出事項の簡素化を図るための見直しを行う。
  - ③介護福祉士養成施設卒業者への国家試験義務付けに係る現行5年間の経過措置を、さらに5年間延長する。
5. 社会福祉連携推進法人制度の創設
  - ①社会福祉事業に取り組む社会福祉法人やNPO法人等を社員として、相互の業務連携を推進する社会福祉連携推進法人制度を創設する。

### 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、あさぎり町のまちづくりの行政運営指針の最上位計画である総合計画、その部門計画である地域福祉計画の実施計画として位置づけられます。総合計画とは、まちの将来像や達成する目標等を取りまとめた計画、地域福祉計画とは、地域福祉に係る各個別計画の基本目標の実現に向けた計画としています。本計画は、主に高齢者に関する施策の方針を掲げ、計画を推進しています。

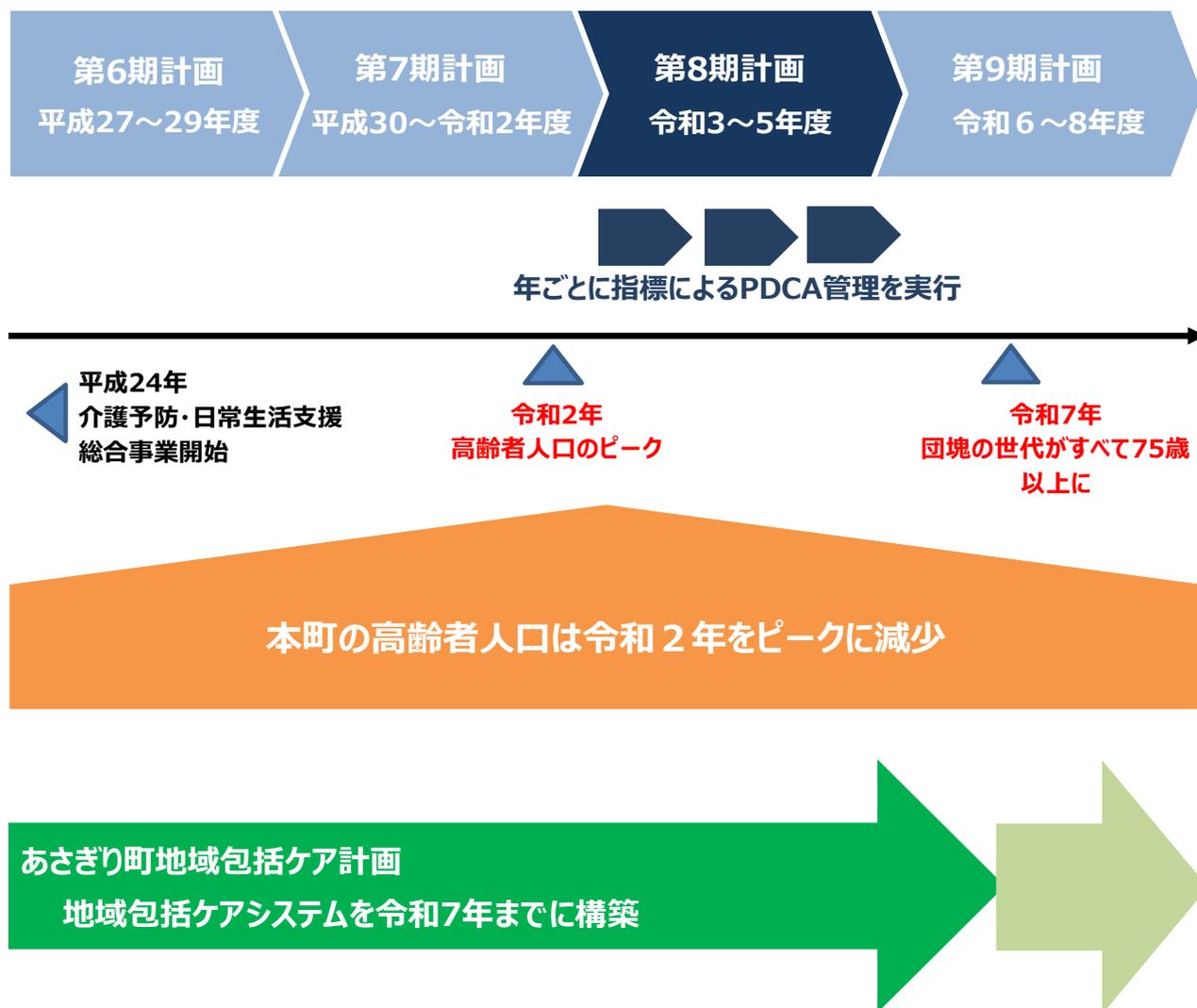
また本計画のうち、高齢者福祉計画は、老人福祉法第20条の8第1項に定める市町村老人福祉計画及び介護保険法第117条第1項に定める市町村介護保険事業計画として策定するものであり、平成30年3月に策定した高齢者福祉計画・第7期介護保険事業計画の見直しを行ったものとなります。



## 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3年度から令和5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構築を目指すためのあさぎり町地域包括ケア計画として、第7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。



### 地域包括ケア計画としてのPDCAサイクル

第6期	第7期	第8期	第9期
<b>PLAN</b>	<b>DO</b>	<b>CHECK</b>	<b>ACTION</b>
<b>計画</b>	<b>実行</b>	<b>評価</b>	<b>改善</b>
地域包括ケアシステムの基本構想づくり	広がり意識した事業の展開 担い手の確保	第7期評価に基づく令和7(2025)年度に向けた効率性・安定性の確保	新たな10年間に向けた取組の深化

### 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7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通りです。

#### (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・日常生活圏域ニーズ調査

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2年1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、令和元年11月から令和2年3月に聞き取りによるアンケート調査を実施しました。

## 第2章 高齢者を取り巻く現状と課題

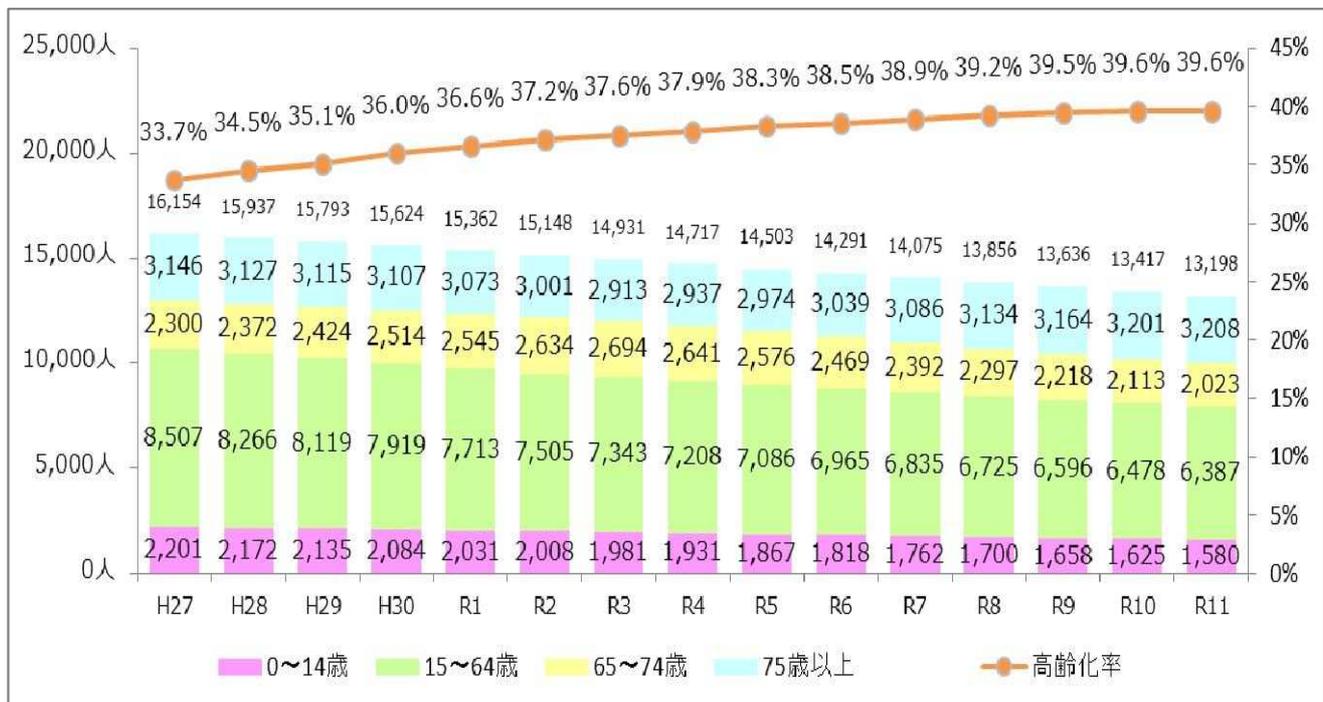
### 第1節 人口と高齢者の状況

#### 1. 人口の推移と予測

本町の人口は、平成27年の16,154人から令和元年には15,362人となり、792人の減少となっていますが、高齢者（65歳以上）人口は172人の増加となっています。

今後の将来予測（住民基本台帳を用いたコーホート変化率法による）では、令和2年をピークに高齢者人口は減少に転じると予測されており、介護保険財政にとっては、保険料負担者が減少することとなるため、急激な介護保険料の増大が懸念されます。

【総人口と高齢化率の推移】



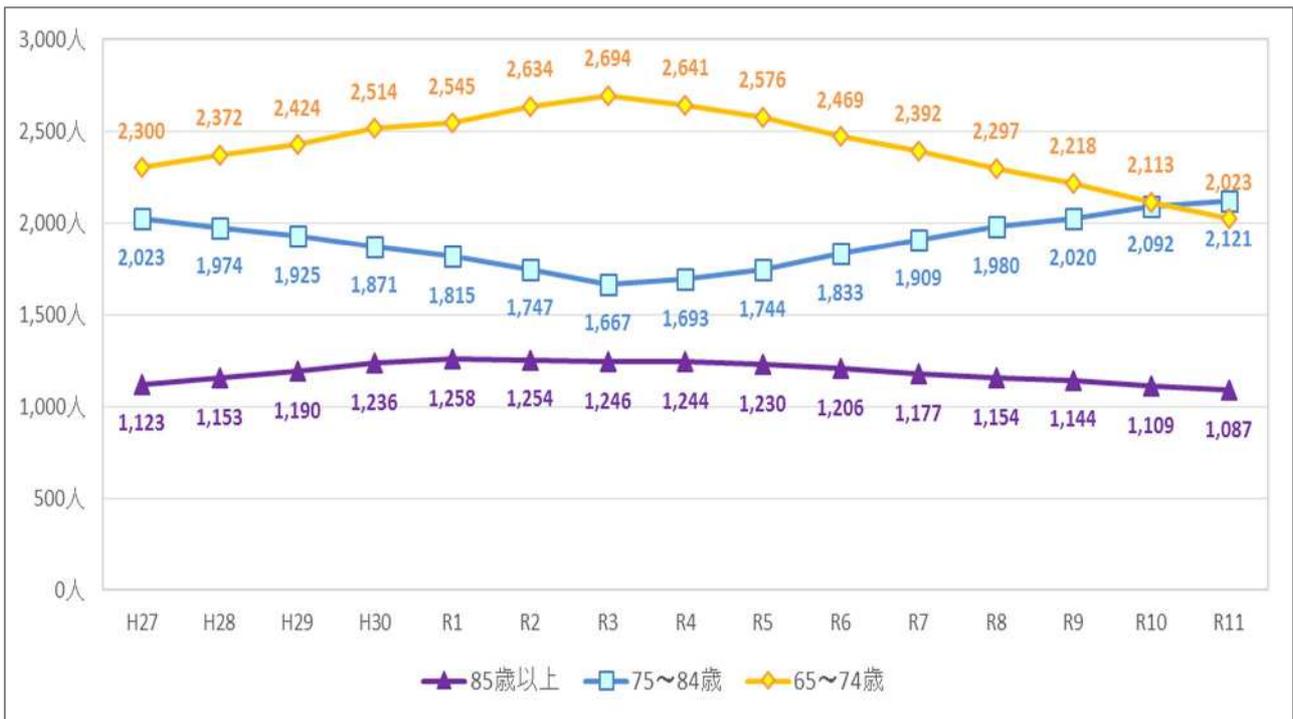
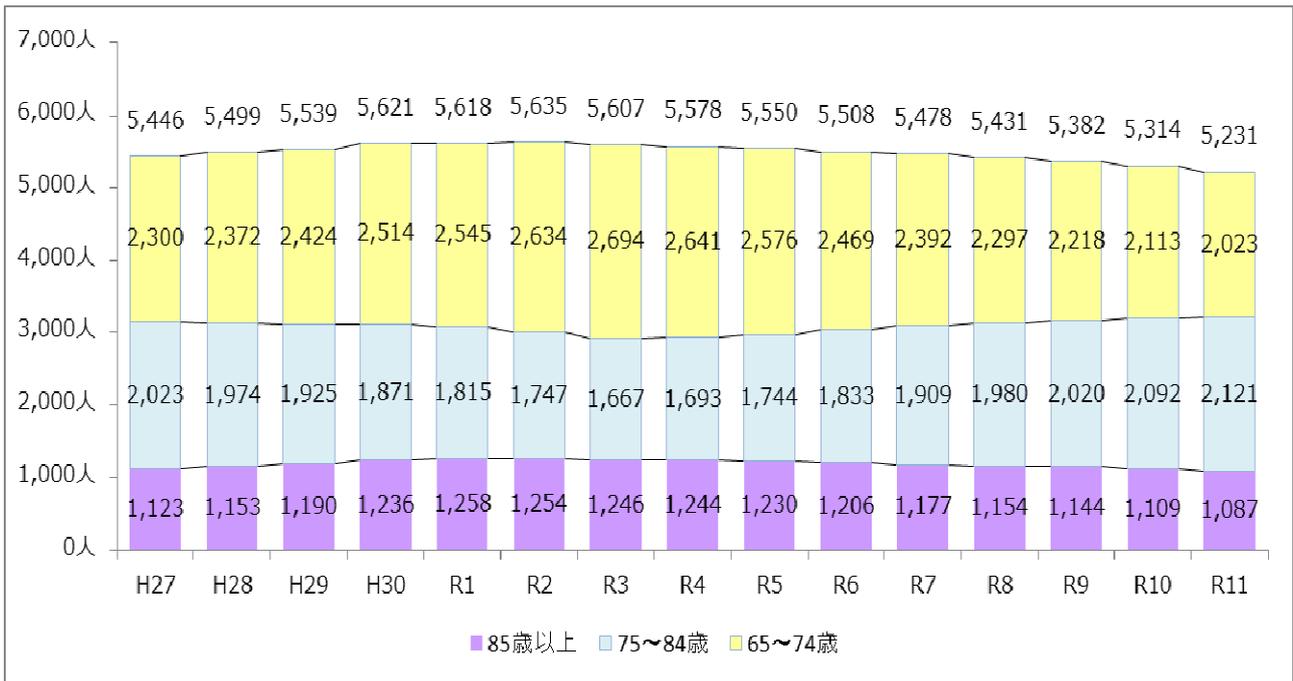
※各年10月住民基本台帳及びコーホート変化率法による将来推計

#### 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】

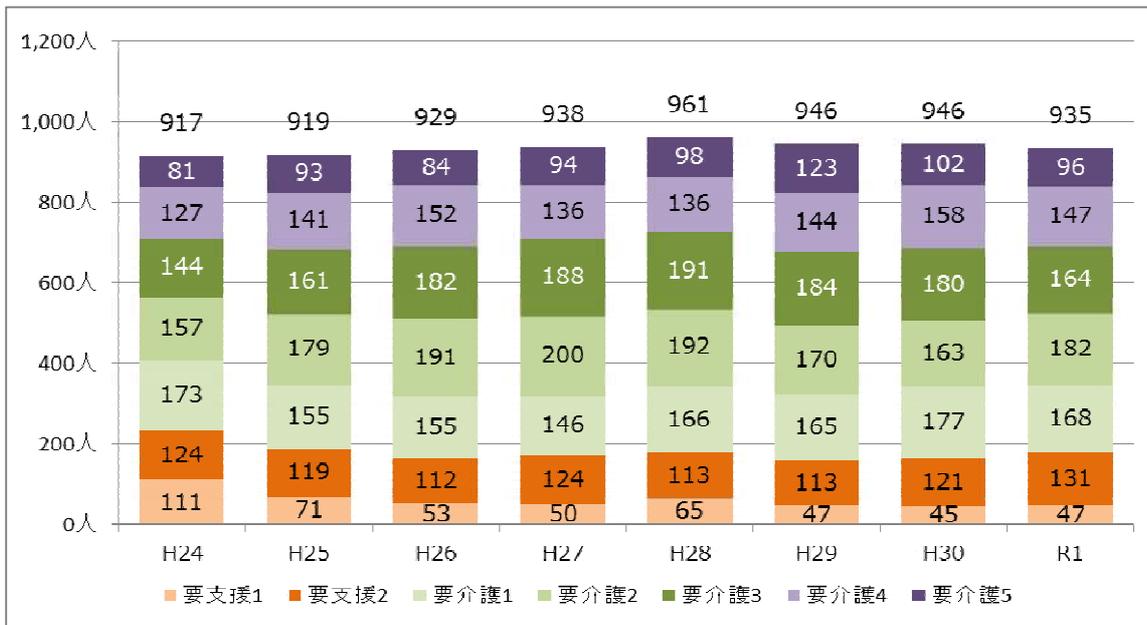


## 2. 認定者数と認定率の推移

要介護（要支援）認定者数は、平成 24 年は 917 人となっていました。平成 28 年には 961 人に増加、以降は横ばいから減少の傾向が見られています。

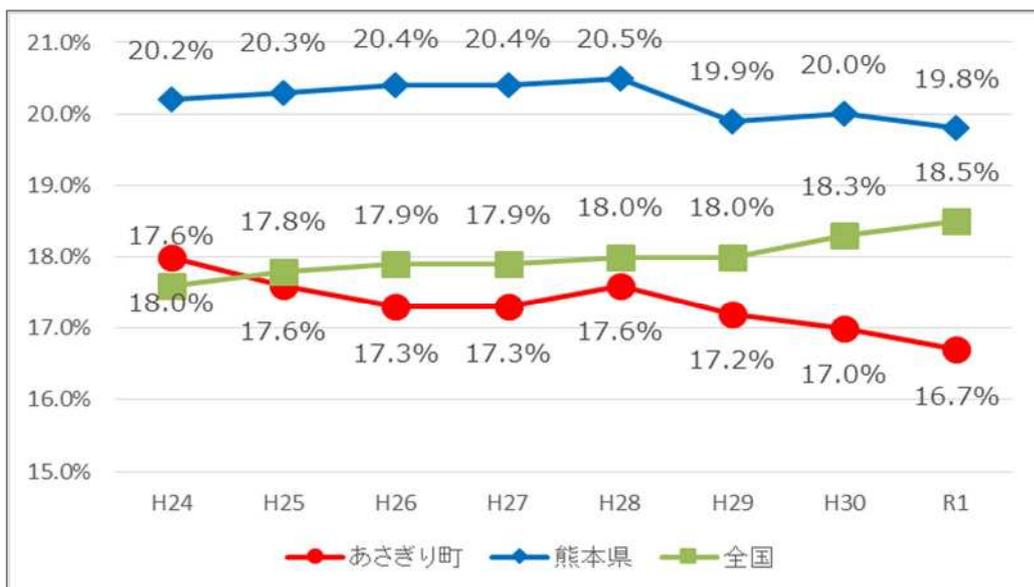
要介護（要支援）認定率は、平成 24 年の 18.0%から令和元年は 16.7%と 1.3%の低下となっています。

【要介護（要支援）認定者数の推移】



※厚生労働省「介護保険事業報告」各年 3 月月報

【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

### 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、本町の世帯の推移は、一般世帯が平成17年に5,434世帯から平成22年に5,414世帯と、5年間でほぼ横ばいに推移していましたが、平成27年には5,298世帯と減少に転じている中で、高齢者のいる世帯数は増加傾向にあります。

世帯数に占める割合で見ると、高齢者のいる世帯のうち、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）が増加しており、その他世帯が減少しています。

しかし、ひとり暮らし世帯、高齢夫婦世帯ともに、国・県と比較すると、その割合は低くなっています。

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17年		平成22年		平成27年	
		世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合
町	総世帯数	5,434	100.0%	5,414	100.0%	5,298	100.0%
	高齢者のいる世帯数	3,147	57.9%	3,231	59.7%	3,336	63.0%
	ひとり暮らし世帯	515	16.4%	540	16.7%	663	19.9%
	高齢夫婦世帯	614	19.5%	662	20.5%	712	21.3%
	その他世帯	2,018	64.1%	2,029	62.8%	1,961	58.8%
国	総世帯数	49,062,530	100.0%	51,950,504	100.0%	53,448,685	100.0%
	高齢者のいる世帯数	17,204,473	35.1%	19,337,687	37.2%	21,713,308	40.6%
	ひとり暮らし世帯	3,864,778	22.5%	4,790,768	24.8%	5,927,686	27.3%
	高齢夫婦世帯	4,779,008	27.8%	5,250,952	27.2%	6,079,126	28.0%
	その他世帯	8,560,687	49.8%	9,295,967	48.1%	9,295,967	42.8%
県	総世帯数	667,533	100.0%	688,234	100.0%	704,730	100.0%
	高齢者のいる世帯数	281,541	42.2%	295,609	43.0%	321,383	45.6%
	ひとり暮らし世帯	61,234	21.7%	69,111	23.4%	83,461	26.0%
	高齢夫婦世帯	69,310	24.6%	75,318	25.5%	86,016	26.8%
	その他世帯	150,997	53.6%	151,180	51.1%	151,906	47.3%

※国勢調査

## (2) 高齢者のひとり暮らし世帯の内訳

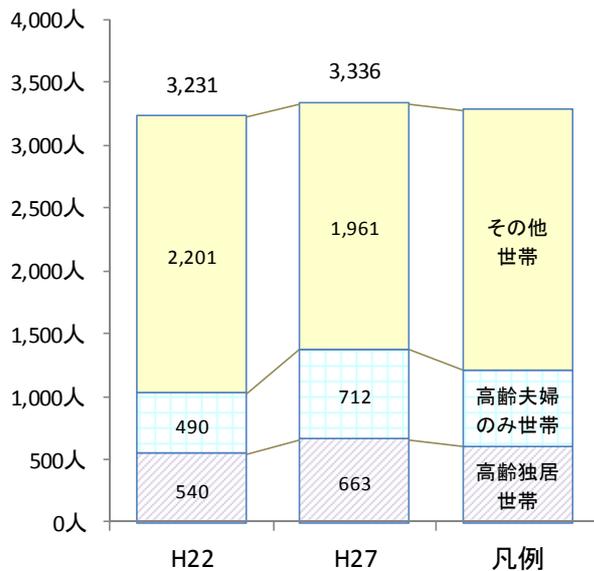
高齢者のいる世帯は、平成 27 年に 3,336 世帯で、そのうち、独居世帯は 663 世帯（19.9%）となっています。

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 438 世帯（20.4%）で平成 22 年と比較して 103 世帯増加、85 歳以上の独居世帯が 141 世帯（18.0%）で平成 22 年と比較して 45 世帯の増加となっています。

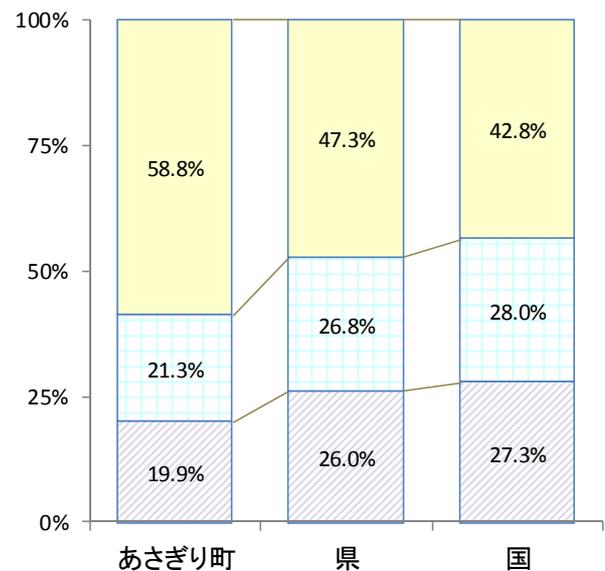
	平成 17 年		平成 22 年		平成 27 年	
	世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合
高齢者のいる世帯数						
65 歳以上	3,147		3,231		3,336	
うち ひとり暮らし	515	16.4%	540	16.7%	663	19.9%
うち 75 歳以上	1,805		2,091		2,152	
うち ひとり暮らし	290	16.1%	335	16.0%	438	20.4%
うち 85 歳以上	513		622		785	
うち ひとり暮らし	69	13.5%	96	15.4%	141	18.0%

※国勢調査

### 高齢者世帯の推移(あさぎり町)



### 高齢者世帯割合の比較(H27)



## 4. 介護給付費の推移

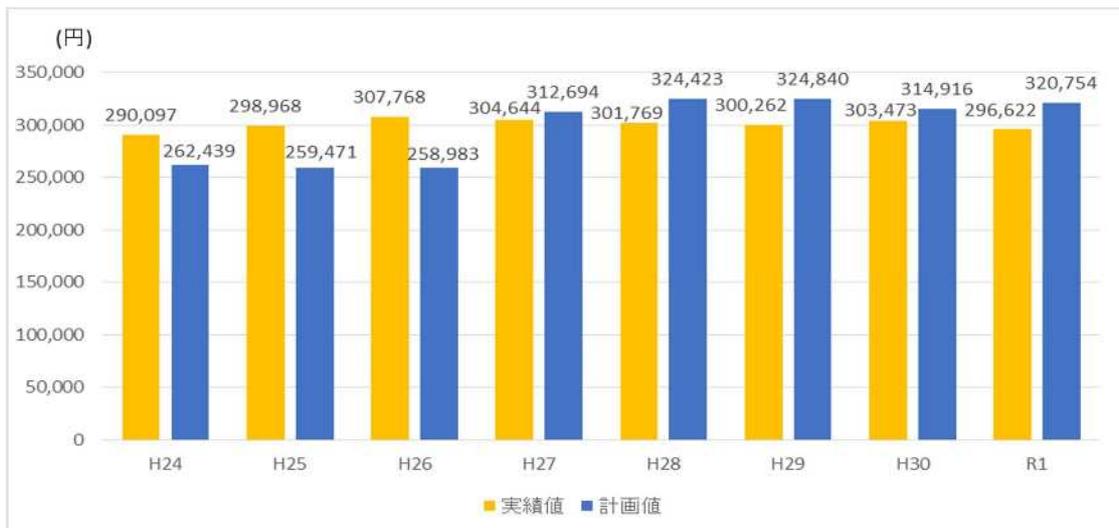
総給付費は、総合事業の開始に伴い、要支援者の訪問介護と通所介護の費用の一部が、地域支援事業に移行（予算枠の変更）となりましたが、平成 30 年に約 16.9 億円と過去最高を更新しました。内訳をみると、施設サービスと居住系サービスは年々増加傾向に、在宅サービスは減少から横ばい傾向にあります。

第 1 号被保険者 1 人あたり給付費の実績値と計画値をみると、平成 27 年以降、実績値は計画値ほどの伸びはなく、給付費自体もほぼ横ばいに推移しています。

【給付費の推移】



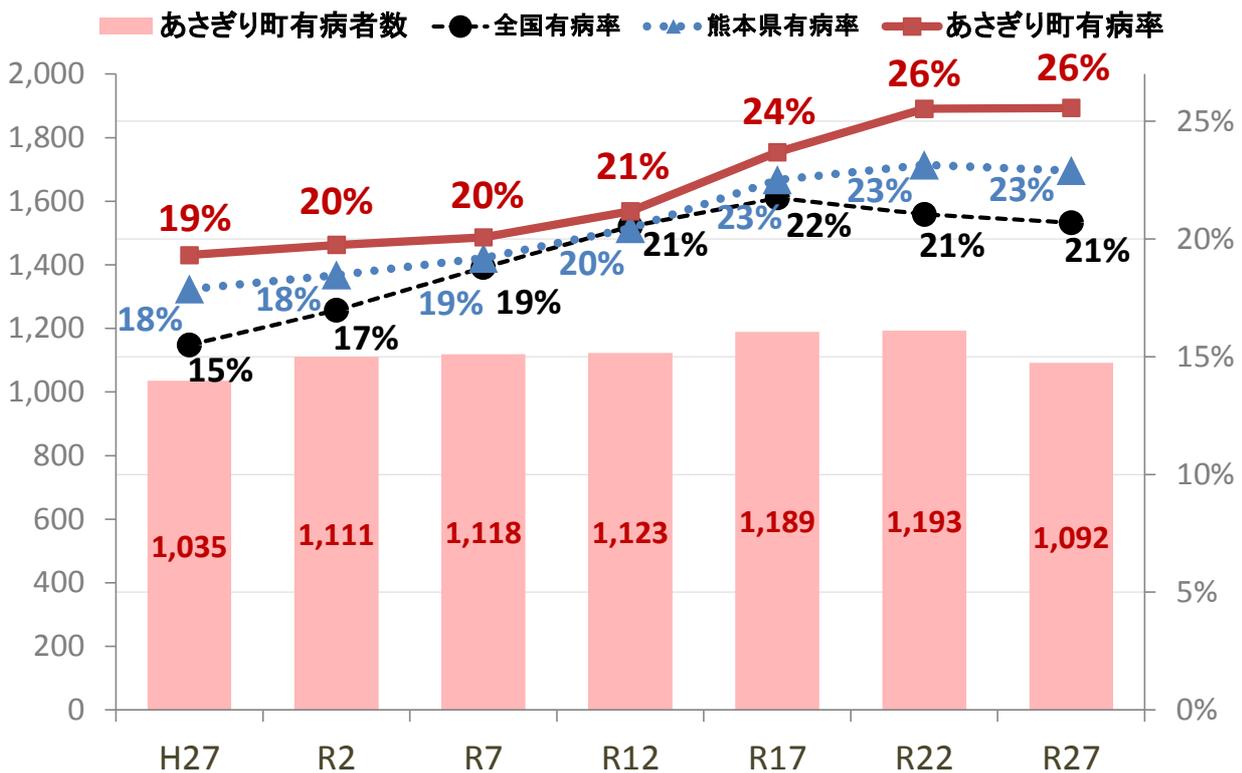
【第 1 号被保険者一人あたり給付費の推移】



## 5. 認知症高齢者の推移と予測

本町の認知症高齢者数の将来推計については、平成 27 年の 1,035 人（有病率 19%）から、令和 22 年には 1,193 人（有病率 26%）まで増加が予測されていることから、地域・関係団体等と一体となった認知症との共生・予防の推進が求められています。

【本町の認知症有病者数・有病率の推計】



なお、認知症高齢者人口の将来推計については、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しています。

## 第2節 あさぎり町の高齢者に関する調査

### 1. 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

#### (1) 調査の目的

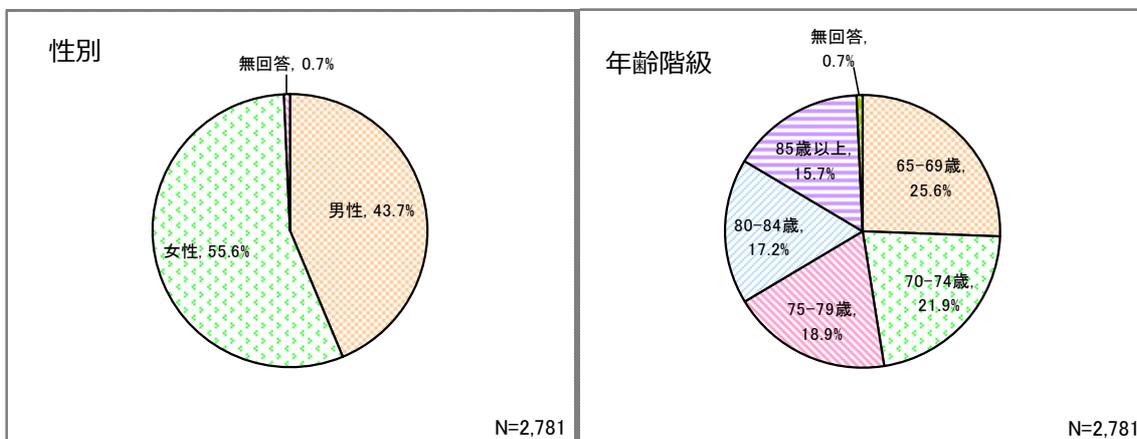
本計画の見直しにあたり、既存のデータでは把握困難な高齢者の実態や意識・意向を調査分析することにより、計画策定の基礎資料とする目的で実施しました。

#### (2) 調査対象及び配布回収状況

	介護予防・日常生活圏域 ニーズ調査
配布方法 回収方法	郵送による配布回収
抽出方法	介護認定を受けていない者 事業対象者 要支援1・2認定者
配布数	4,783件
有効回答数	2,781件
有効回答率	58.1%

#### (3) 回答者の属性

回答者の性別は、「女性」が55.6%、「男性」が43.7%となっています。  
回答者の年齢階級は、「65-69歳」が25.6%、「70-74歳」が21.9%、「75-79歳」が18.9%の順となり、前期高齢者が47.5%、後期高齢者が51.8%となっています。

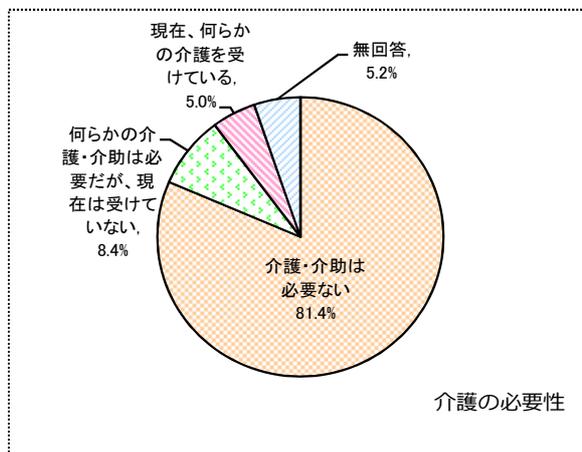
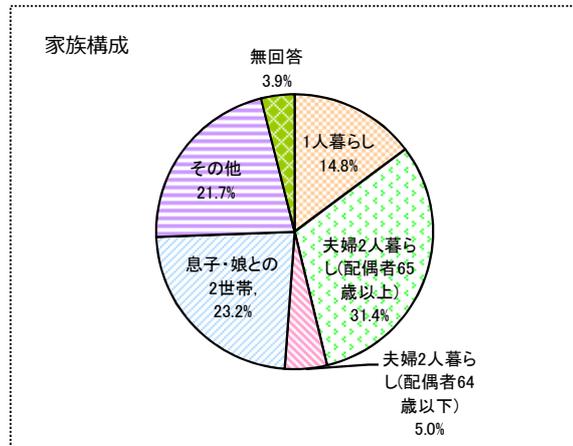
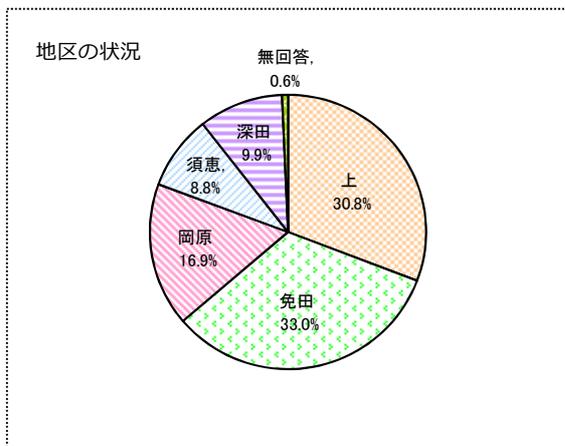


#### (4) 回答者の情報

地区ごとの回答数は、「免田」が 33.0%、「上」が 30.8%、「岡原」が 16.9%、「深田」が 9.9%、「須恵」が 8.8%となっています。

家族構成は、「夫婦 2 人暮らし（配偶者 65 歳以上）」が 31.4%と最も多く、次いで「息子・娘との 2 世帯」が 23.2%、「その他」が 21.7%の順となっています。

介護の必要性は、「介護・介助は必要ない」が 81.4%と最も多く、次いで「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」が 8.4%、「現在、何らかの介護を受けている」が 5.0%の順となっています。



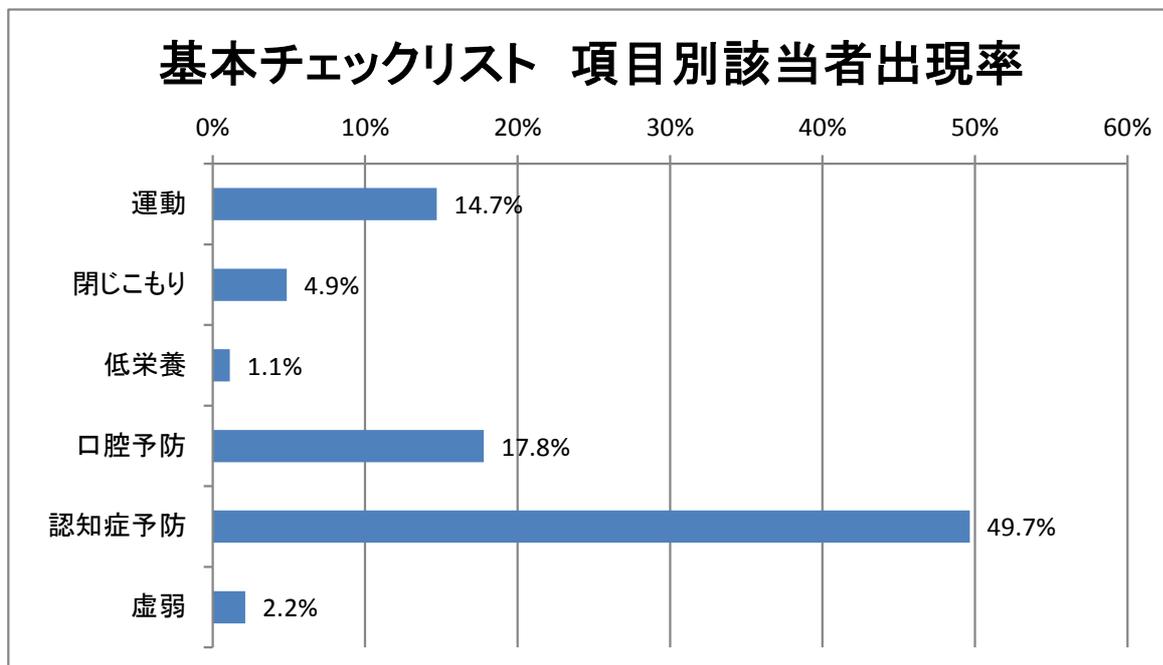
## ■総合事業候補者の該当状況

国は、平成 29 年 4 月までにすべての市町村に対して、総合事業の開始、さらに翌平成 30 年 4 月までに生活支援サービスの提供を求めました。いずれの事業についても、サービスの対象となるのは、「基本チェックリスト該当者」がその基本条件となるため、本調査でその該当者の出現率を分析しました。

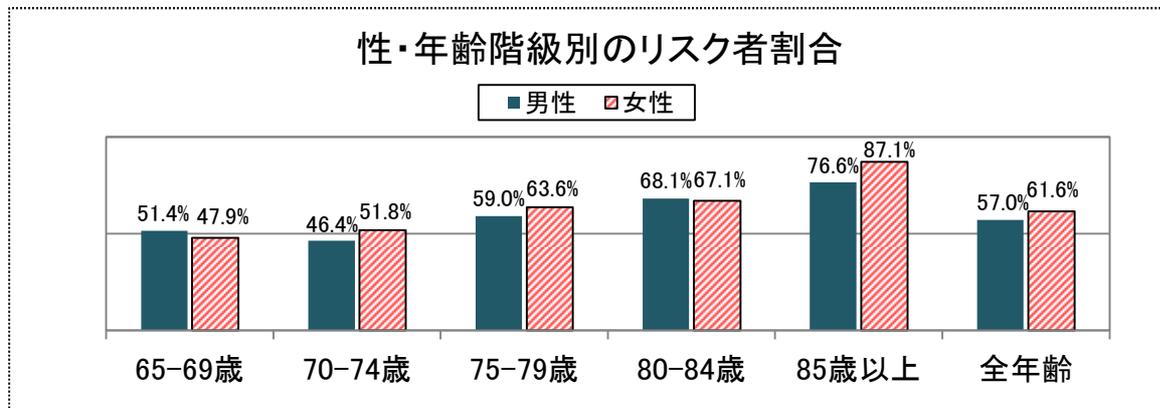
その結果、介護予防の項目別には、特に認知症予防が 49.7%と多く、次いで口腔予防が 17.8%、運動機能が 14.7%となっています。

総合事業候補者は男性 57.0%、女性 61.6%と男性より女性の出現率が高くなっています。さらに年齢別にみると、80 歳を超えると男女ともに 7 割近くが該当しています。

【事業対象者の項目別該当者出現率】



【総合事業候補者の性別・年齢階級別の出現率】



## ■生活支援サービス利用者と担い手について

生活支援サービスの利用者と担い手の関係については、

問：困りごとや手伝ってもらいたいことはあるか

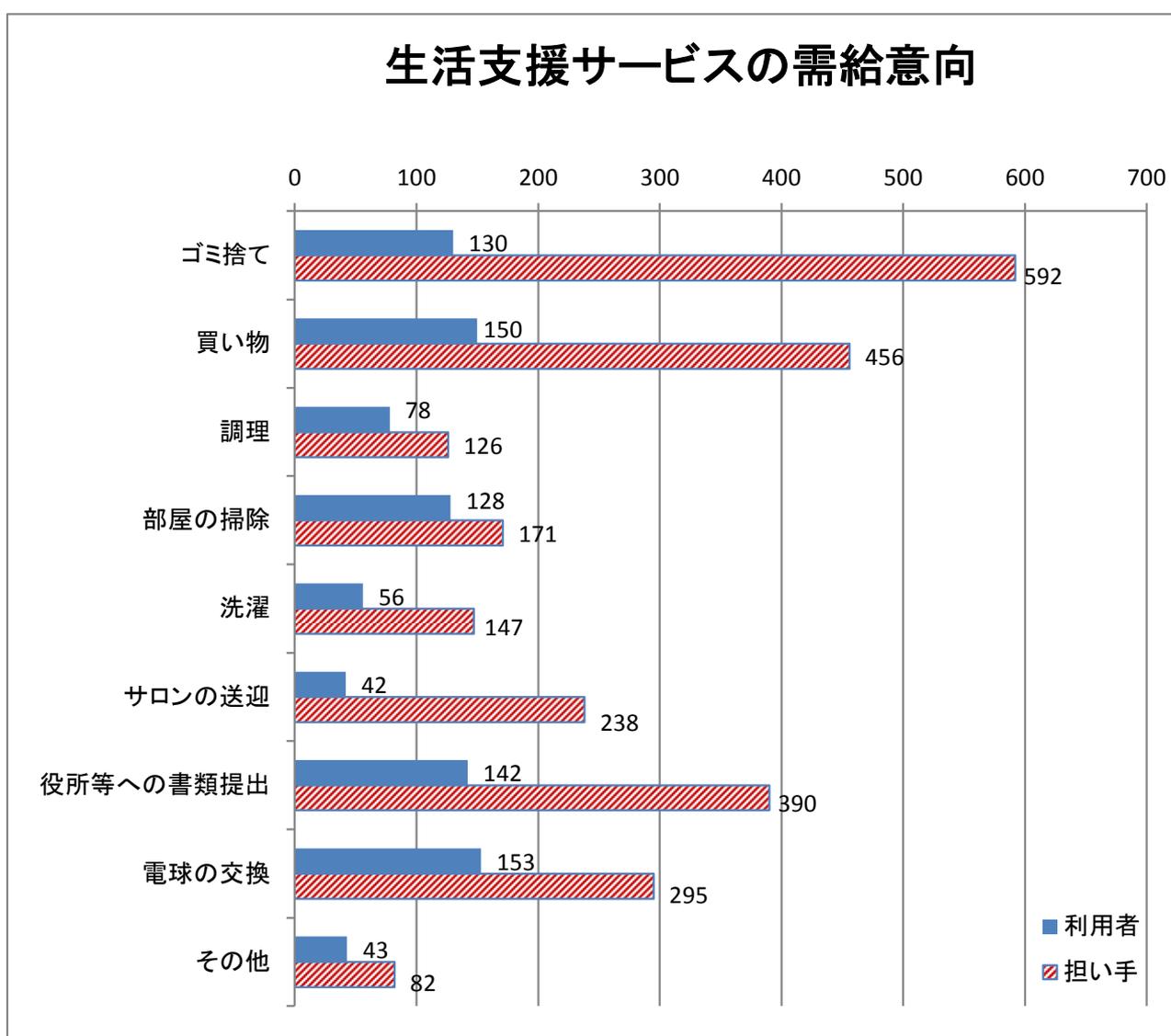
問：ボランティア(有償含む)として、近隣の困りごとを手助けすることができるか

の2問を同じ選択肢で質問し、その結果を比較しました。

利用希望が多かったのは、「電球の交換（153人）」、「買い物（150人）」、「役所等への書類提出（142人）」となっています。

担い手希望が多かったのは、「ゴミ捨て（592人）」、「買い物（456人）」、「役所等への書類提出（390人）」となっています。

すべての選択肢において、利用希望者より担い手希望者が多い結果となりました。



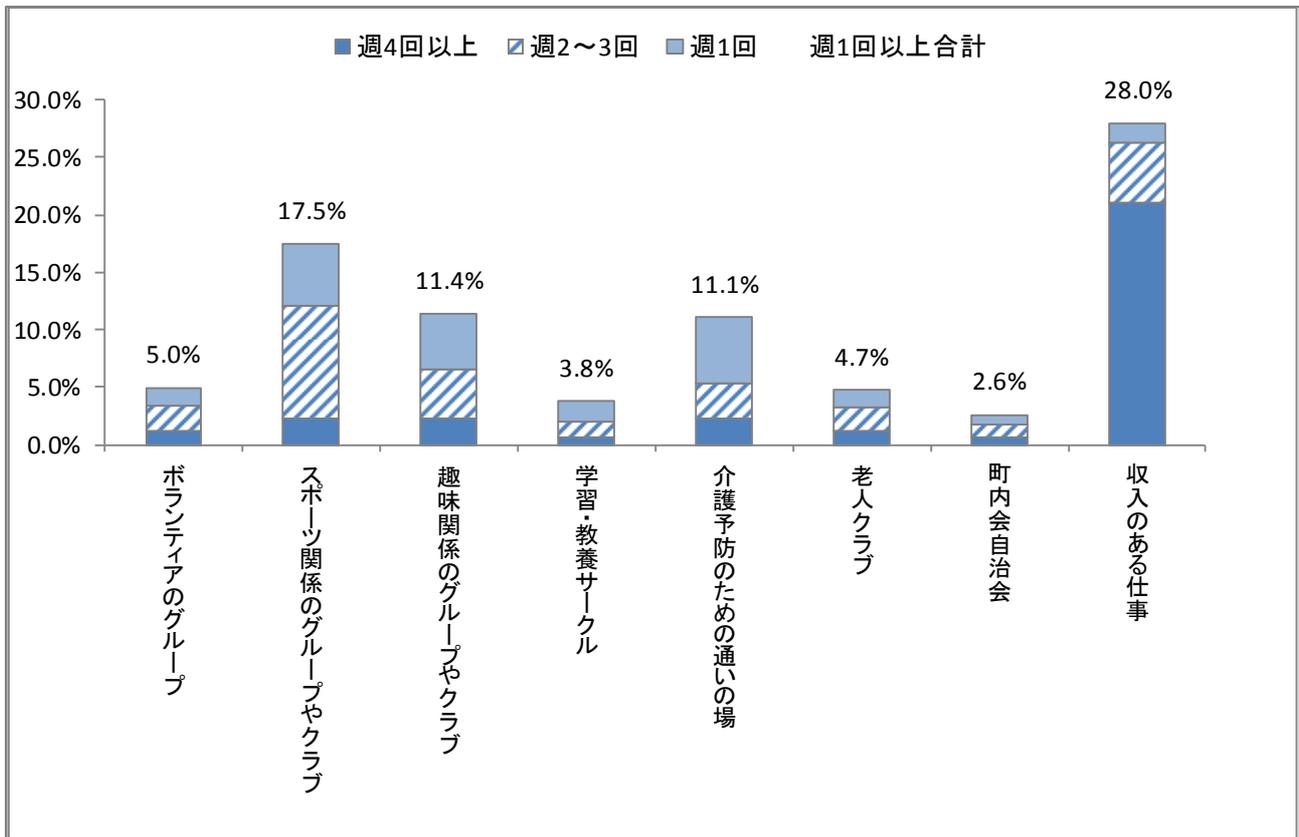
## ■ 地域での活動の様子

週 1 回以上の外出頻度となるような参加を行っている方がどの程度いるのか分析を行ったところ、「収入のある仕事 (28.0%)」、「スポーツ関係のグループやクラブ (17.5%)」等の参加率が比較的高くなっていました。

一方、そもそも週 1 回以上の活動 (会合) 等がないと思われる、老人クラブや町内会・自治会を除くと、「ボランティアのグループ」や「学習・教養サークル」は参加率が低くなっていました。

今後は、地域支援事業だけでなく、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施との連携等により、比較的参加割合の高い「スポーツ関係のグループやクラブ活動」、「趣味関係のグループやクラブ」の機会を通じ、こういった活動を行っており、こういった方が参加しているのかを把握すること、さらに個別の支援が必要な方へのアプローチを行っていくことが重要と考えられます。

【週 1 回以上参加している会・グループ等】



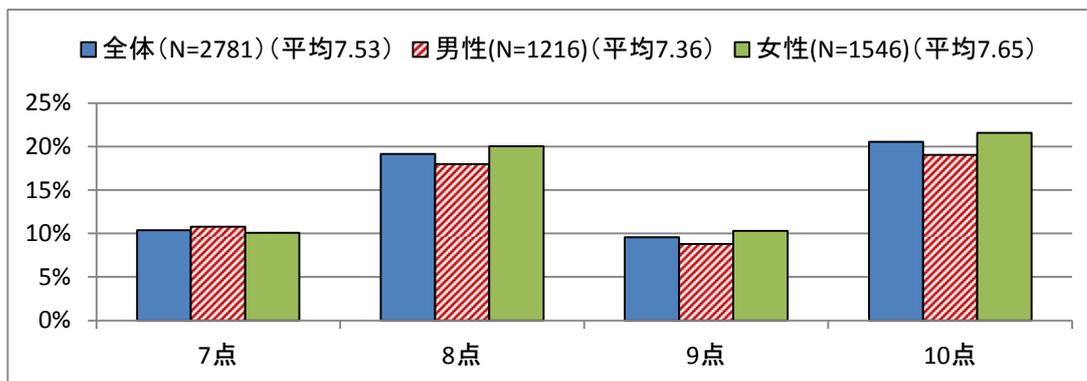
## ■ 幸福感と他設問の関係について

内閣府経済社会総合研究所による「幸福度に関する研究会報告-幸福度指標試案-概要 (H23.12)」によると、

1. 「幸福度指標」作成の意味があるとすれば、「幸せ」に光を当てることによって、これまで政策等において焦点化されてこなかった「個々人がどういう気持ちで暮らしているのか」に着目することにある。
2. より具体的には、①日本における幸福度の原因・要因を探り、国、社会、地域が人々の幸福度を支えるにあたり良い点、悪い点、改善した点、悪化した点は何かを明らかにすること、②自分の幸せだけでなく、社会全体の幸せを深めていくためには、国、社会、地域が何処を目指そうとしているか、実際に目指していくのかを議論し、考えを深めることが不可欠であり、その際の手がかりを提供すること、の2つの点にあると考えられる。

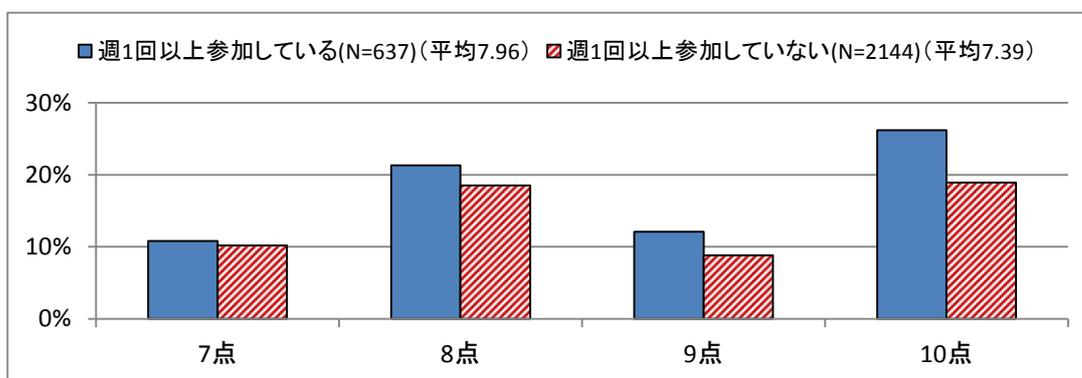
とされていることから、本調査で収集した幸福度をさまざまな設問とクロス集計を実施しました。

### 【幸福度の分布と性別比較】



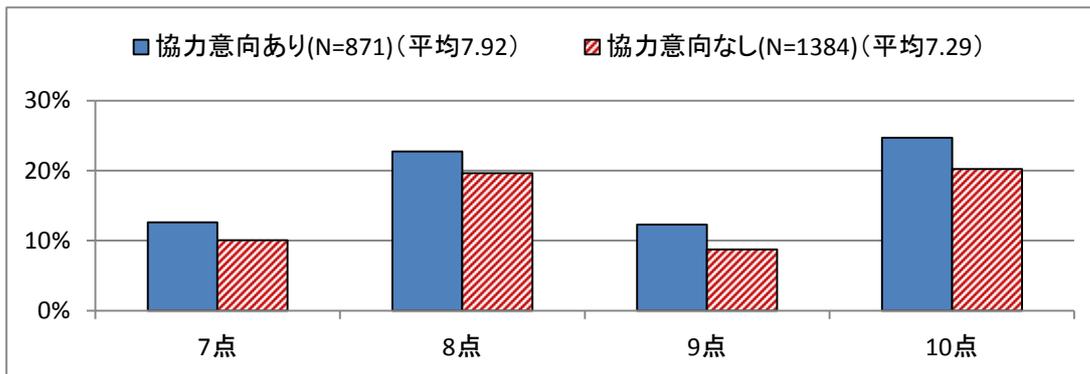
男性より女性の幸福度平均点が高くなっています。

### 【幸福度の分布と社会参加の状況】



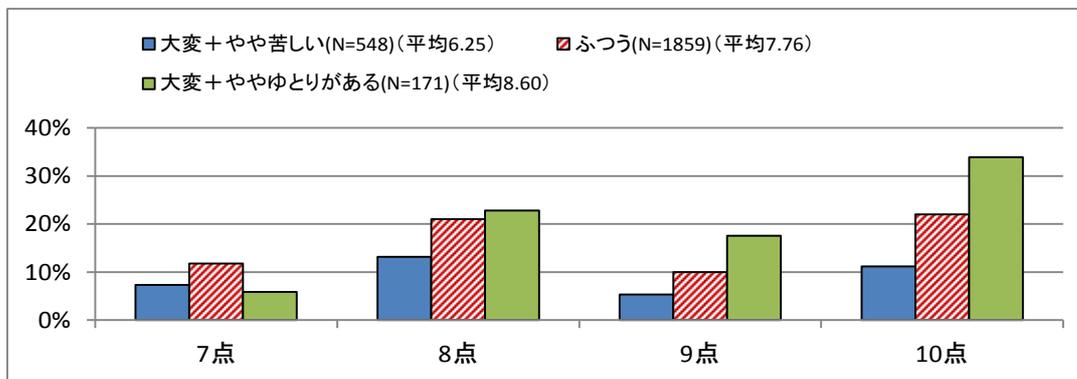
社会参加を週1回以上している方の幸福度平均点が高くなっています。

【幸福度の分布と有志の活動へのお世話係としての参加意向】



お世話係として協力意向のある方の幸福度平均点が高くなっています。

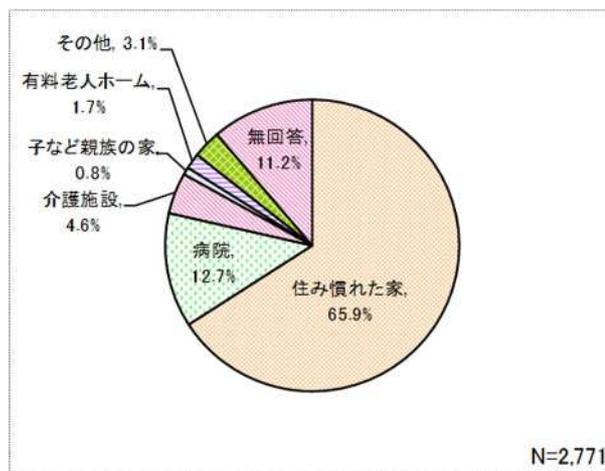
【幸福度の分布と経済的な暮らしぶり】



経済的な暮らしぶりにゆとりのある方の幸福度平均点が高くなっています。

■ 人生の最後について

人生の最後をどこで迎えたいかをお尋ねしたところ「住み慣れた家」が65.9%と最も多く、次いで「病院」が12.7%、「介護施設」が4.6%の順となっています。



## 2. 在宅介護実態調査

### (1) 調査の目的

第8期介護保険事業計画において、「介護離職をなくしていくためにはどのようなサービスが必要か」といった観点も盛り込み、「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の把握方法等を検討する目的で実施しました。

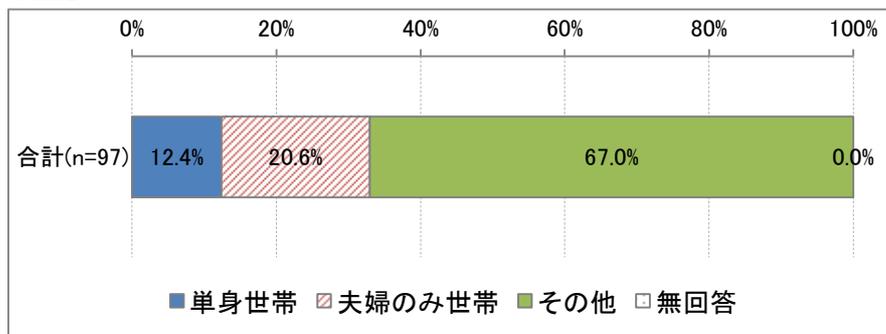
### (2) 調査対象及び配布回収状況

在宅介護実態調査	
配布方法 回収方法	認定調査員による聞き取り
抽出方法	要介護認定者（施設等入所を除く）
回答数	97件

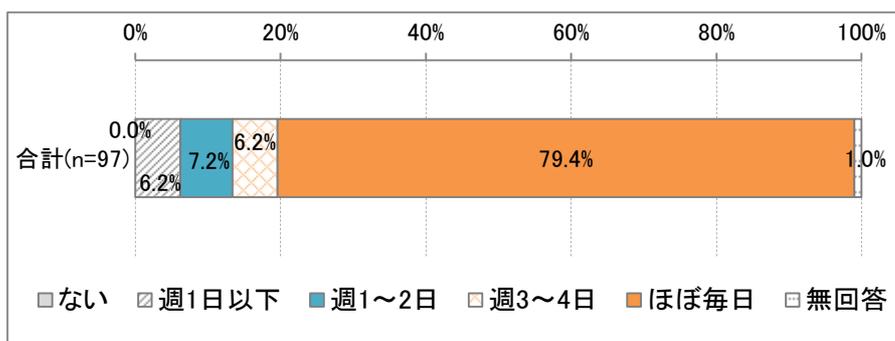
### ■ 世帯類型と介護の頻度

単身でも夫婦のみでもない「その他」の世帯が67.0%と最も多く、介護の頻度は、「ほぼ毎日」が79.4%となっています。

#### 【世帯類型】



#### 【家族等による介護の頻度】



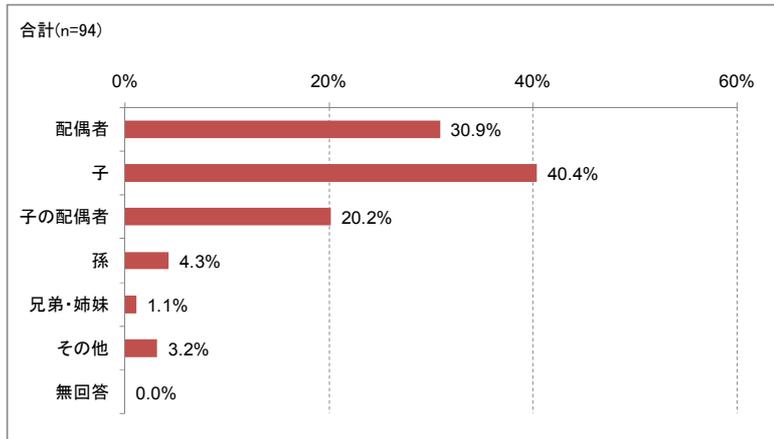
## ■主な介護者について

主な介護者の本人との関係は、「子」が40.4%と最も多く、次いで「配偶者」が30.9%、「子の配偶者」が20.2%の順となっています。

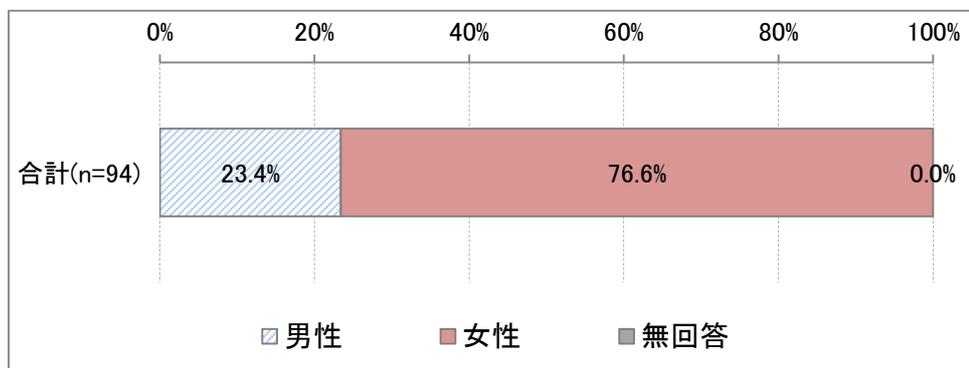
主な介護者の性別は、「女性」が76.6%、「男性」が23.4%となっています。

主な介護者の年齢は、「60代」が34.0%と最も多く、次いで「70代」が24.5%、「50代」が18.1%の順となっています。

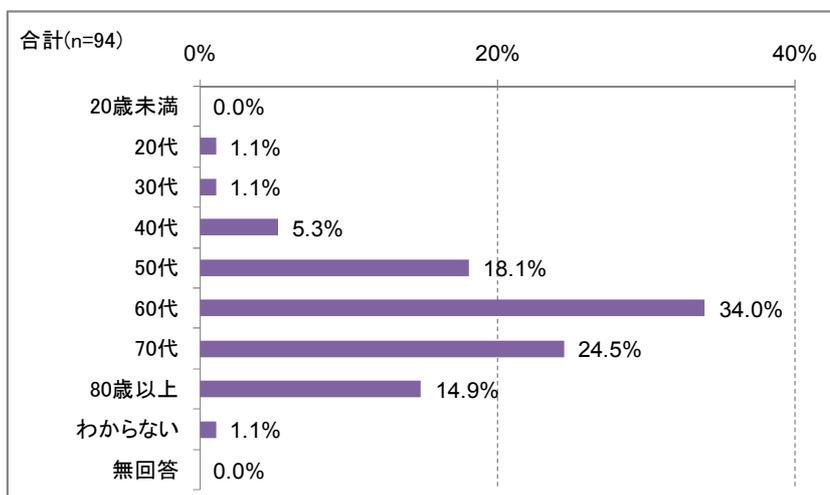
【主な介護者の本人との関係】



【主な介護者の性別】



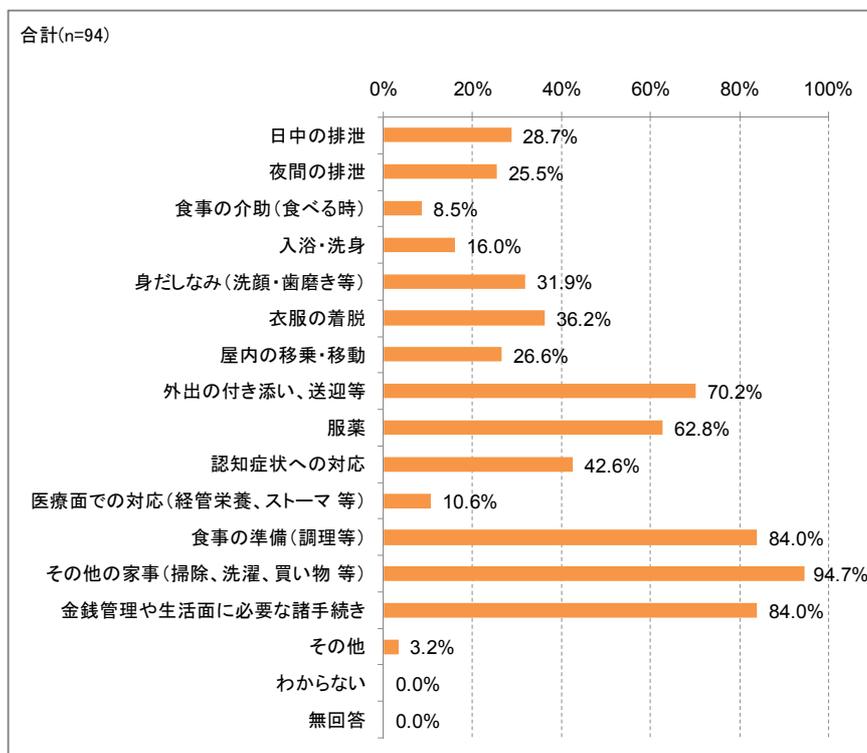
【主な介護者の年齢】



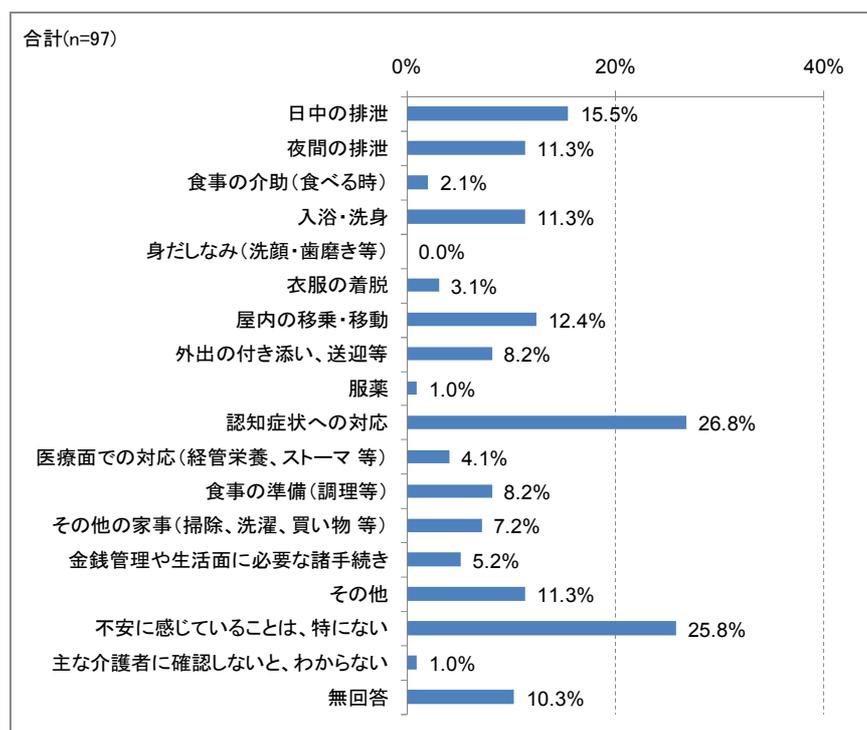
## ■主な介護者が行っている介護・不安を感じる介護

主な介護者が行っている介護は「その他の家事(掃除、洗濯、買い物等)」、「食事の準備(調理等)」、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」の順となっています。今後不安を感じる介護は、「認知症状への対応」、「日中の排泄」「屋内の移乗・移動」の順となっています。

### 【主な介護者が行っている介護】



### 【今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安を感じる介護】



## 第3章 基本理念と計画策定の考え方

### 第1節 計画の目指す姿

#### 1. 基本理念

本計画は、「第2次あさぎり町総合計画」の基本構想（将来像）である「若いまち 豊かなまちそして、幸せ感じるあさぎり町」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。

本町では、「第2次総合計画」の健康福祉部門の分野目標として掲げる、「元気と生きがいを生み出す高齢者対策の充実」と、「第4次保健福祉総合計画」の基本理念である「共に生きる地域づくり・自立への努力と支援」のもと、各種施策を総合的に推進しています。

本計画は、高齢者とその家族の視点に立ち、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、目標を住民や関係者と共有することにより、総合的かつ計画的に推進することを目的に、以下の基本理念を設定し、その実現に向けた施策の展開を図ります。

また、団塊の世代が75歳に到達する令和7年（2025年）を見据えた中長期的な3期目の計画として、前計画における基本理念を引き継ぎつつ、その実現に向けた施策の継続的な展開と拡充を図ります。

第2次あさぎり町総合計画 分野別目標

**元気と生きがいを生み出す高齢者対策の充実**

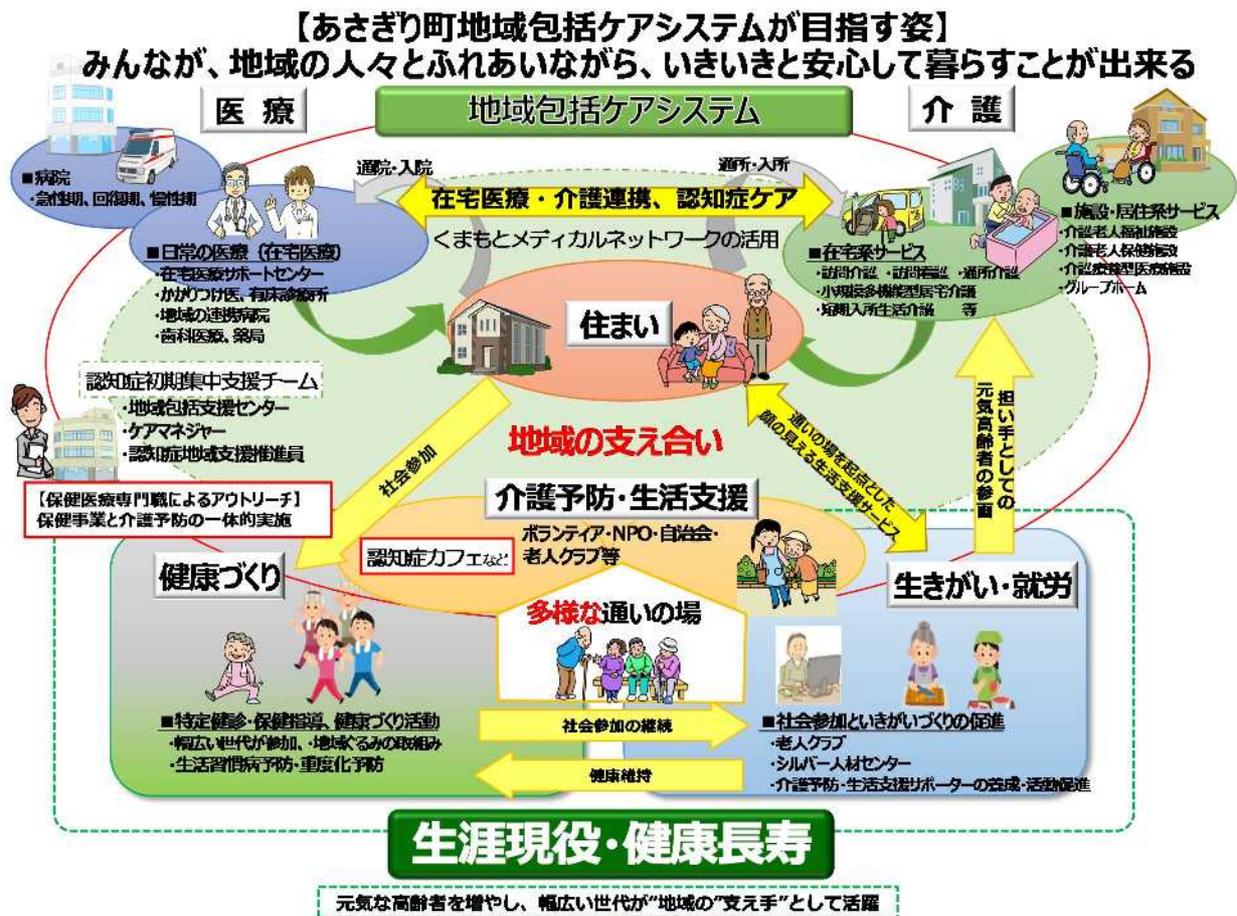


第4次あさぎり町保健福祉総合計画

**共に生きる地域づくり・自立への努力と支援**

高齢者福祉計画及び第8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**



令和2年度に高齢者人口がピークを迎える本町では、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」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氣な高齢者を増やし、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

本町は、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、本計画の目指す姿の実現に向けて、高齢者の暮らしに応じた5つの目標に分け、地域の関係機関の連携により実現します。

**基本目標 1** 生涯現役社会の実現と自立支援、健康づくりの推進

**基本目標 2** 認知症の発症を遅らせ、  
認知症になっても安心して暮らせる体制の整備

**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** 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

## 3. 重点的取り組みと目標の設定

本町では、高齢者一人ひとりが、健康で、生きがいを持ち、自らの意思決定により自分らしい生活を送るため、これまで以上に高齢者が主体的に介護予防に取り組むことが必要です。また、利用者が安心して生活していくために、質の高い介護保険サービスを適切に利用することのできる環境づくりが重要であることを踏まえ、本計画期間中の重点的取り組みを設定しました。

次節以降の施策について、重点的取り組みに設定した項目には「★」を付し、具体的な目標値を設定しています。これらの項目については、介護保険法に基づく実績評価を毎年度行い、PDCAサイクルによる取り組みの推進を図ります。

## 第 2 節 地域包括ケアの実現に向けた取り組み

### 1. 主要施策の概要

#### 基本目標 1 生涯現役社会の実現と自立支援、健康づくりの推進

##### 【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

④地域ケア会議の充実

高齢者一人ひとりが、健康で、生きがいを持ち、自らの意思決定により自分らしい生活を送るためには、本人の意思によって心身の状態を維持していくことが重要となります。このため、これまで以上に高齢者が主体的に介護予防に取り組むことができるよう、住民主体の介護予防の取り組みを支援し、毎週開催される通いの場を積極的に拡大していく必要があります。

本町では、高齢者の生きがいづくり、閉じこもり防止を目的とした憩いの場を住民主体で作出すため、平成 16 年度より地域型サロン（いきいきサロン）の取り組みを開始しており、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。サロンにおいては、体力・筋力の向上を目的とした「いきいき百歳体操」等を実施しており、町の高齢者の重要な介護予防の拠点となっています。開催の頻度については地区ごとの差も見られるため、地区ごとの状況も踏まえながら、住民の活動を活性化できるよう支援を行っていきます。

また、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」は、養成講座を開始した平成 23 年度以降順調に増加しておりますが、サポーターの高齢化といった課題も見られており、若い世代のサポーターをうまく取り込んでいき、サポーターから参加者へ自然と交代ができる仕組みがつかれるような支援を行います。

さらに本町は、令和 2 年度より保健事業と介護予防の一体的実施に取り組んでおり、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取り組んでいきます。

### 【主要施策】

①認知症への理解と普及・啓発、本人発信支援の推進

②認知症の予防の推進

③認知症医療・ケア・介護サービス・介護者への支援の推進

④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の方への支援・社会参加支援の推進

認知症の発症・進行を遅らせ、認知症になっても安心して暮らせる体制の整備に向けた地域づくりのため、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、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か、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めます。

## 【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

在宅医療・介護連携の推進業務として、人吉球磨広域連携の中での医師会への委託と、本町独自の取り組みを行っており、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、情報提供を図ります。また、くまもとメディカルネットワークの活用も今後さらに推進を行っていきます。

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、機能の充実を図っていきます。

## 【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高齢者向け住まい確保の推進
- ⑤高齢者の移動手手段の確保
- 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。

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。

## 【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

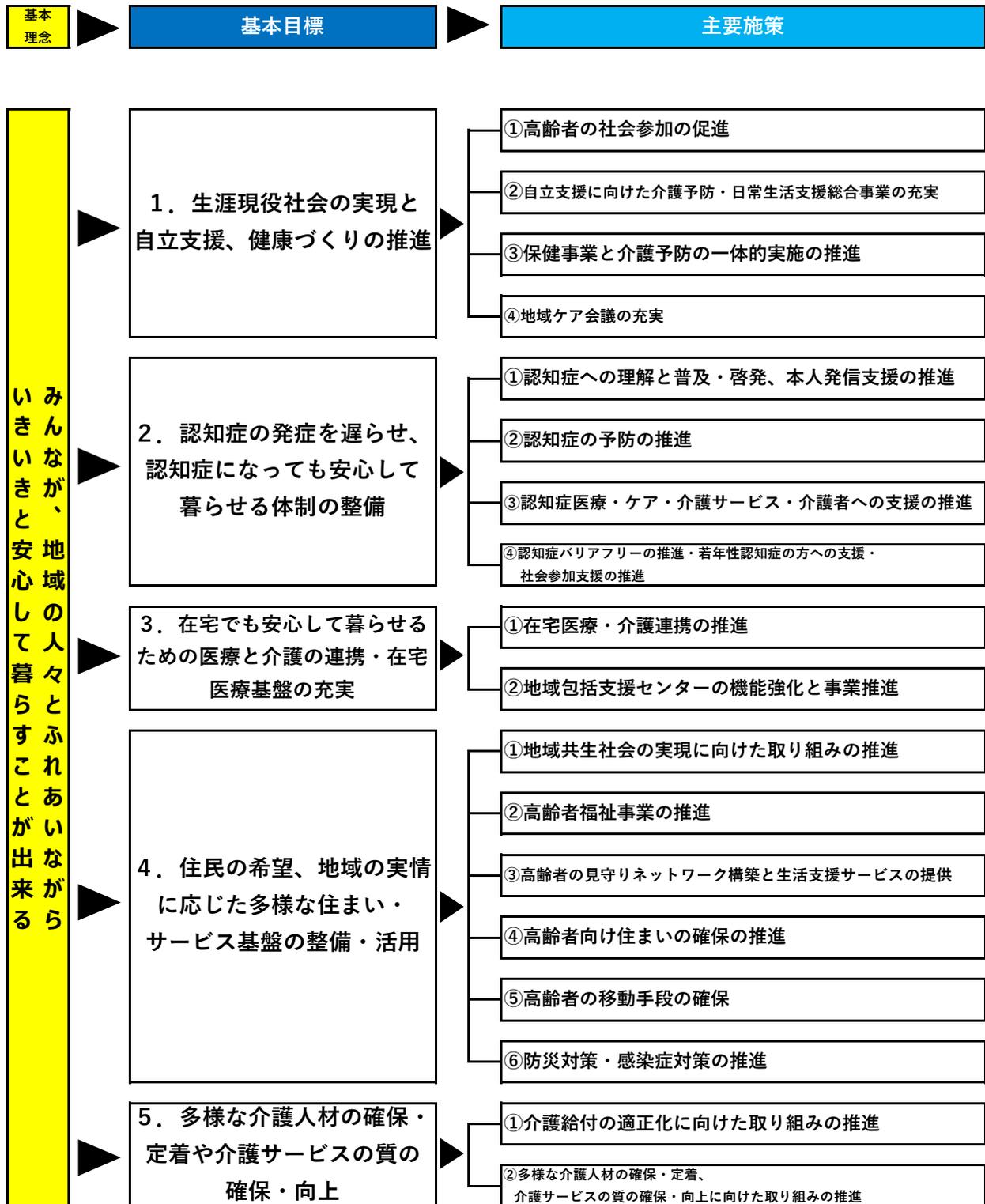
介護給付の適正化に向けて、ケアプラン点検や医療情報突合・縦覧点検、福祉用具・住宅改修の適正化に係る目標値設定及び達成の評価を行うことで、介護サービスの質の確保・向上を目指します。

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、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の人材の確保については、利用者負担軽減を含めた介護サービスに関する情報提供を充実するとともに、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



# 第1章 生涯現役社会の実現と自立支援、健康づくりの推進

## 第1節 高齢者の社会参加の促進

### 1. 高齢者のいきがいつくりと社会参加の促進

#### (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、高齢者の生きがいつくり、閉じこもり防止を目的に、憩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、いきいきサロンの拡充を図ります。

また、体力・筋力向上を目的とした「いきいき百歳体操」の全地区実施を目指し、定期的な支援を行いながら拡充を図ります。第7期計画期間中には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てきました。

開催回数については地区ごとにばらつきも見られるため、開催回数の少ない地区が次第に立ち消えとなってしまうことがないように、開催に課題のある地域の把握と町として行える支援を検討していきます。

★地域型サロン事業	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
サロン開催回数(回)	473	511	482	500	500	500
サロン延べ参加者数(人)	6,370	6,272	5,637	6,200	6,200	6,200
百歳体操実施箇所数(箇所)	24	28	33	37	42	47
百歳体操開催回数(回)	614	735	649	1,000	1,100	1,200
百歳体操延べ参加者数(人)	8,212	9,314	7,294	12,000	13,200	14,400
百歳体操実人数	520	609	670	730	790	850

## (2) 老人クラブ等の活動支援

老人クラブは、高齢者の健康の保持や、教養を高めるための学習活動、社会奉仕活動等、高齢者の生きがいづくりの促進を図る住民主体の自主活動組織です。

60歳以上を対象としており、町は老人クラブの維持活性化につながるような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、食生活改善推進員、転倒予防サポーター等、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きます。また、地域で活動するボランティアへの支援として、協議会の設置、講師派遣等による人材育成・研修会等の開催支援、広報誌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。

なお、養成講座開催に際しては、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。

介護予防活動支援事業	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護予防サポーター数(人)	356	372	389	410	430	450

## (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、生きがいづくりにつながります。

また、令和元年度のニーズ調査で、3割の方が健康維持のために運動（ウォーキング等）に気を付けておられ、転倒骨折予防等の筋力アップ教室や文化・体育等の趣味の活動に参加したいと思っている方も多数おられました。

今後も、教育委員会と連携し、高齢者の生きがいづくりと生涯学習・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、運動や健康教室への参加、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「健康ポイント制度」を実施してきました。10ポイント貯まったら役場の総合窓口や支所で500円分のお買い物券と交換して、同会加盟のお店（食料品・家電品・衣料品・料理屋・車関係等）で使用できます。

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やふれあいスポーツクラブ等の活動もポイントの対象として加わり、令和2年度には名称を「健幸応援券」に変更し、23店舗から109店舗に利用拡大を行い、地域のサロンのリーダー・世話役としてのボランティアを行う方、またそこに参加された方にも健幸ポイントを付与する取り組みを行っています。

この事業を通じて、本人の健康増進や介護予防につなげることや、社会参加、地域貢献を通じた生きがいを促進しています。



## 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、高齢者の生きがいづくりを図っていきます。

## 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・生活支援サービス事業の推進

介護予防・日常生活支援総合事業は、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を実施しております。事業所数が少ないこともあり、従事者不足の課題が見られているため、専門職でなくてはならない介護以外の部分をシルバー人材センターや有償ボランティア等の社会資源を活用して実施していく体制についても検討していきます。

(参考) 国の示す訪問型サービスの類型

	提供中	提供中	多様なサービス		
基準	現行の訪問介護相当				
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「多様なサービス」の利用を促進	住民主体による支援等を促進	・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事業で実施しており、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。

通所型サービスB、Cについては現在実施がありませんが、一般介護予防事業の転倒予防教室、いきいき百歳体操、地域型サロン、料理教室等が、少し機能の低下が見られる方の介護予防の受け皿としての機能を担えるように、今後も相互の事業間での連携と対象者の循環が生まれる展開を進めていくことで、国の示すサービス類型に沿った事業展開を図ります。

(参考) 国の示す通所型サービスの類型

	提供中	提供中	多様なサービス	
基準	現行の通所介護相当			
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7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
従前訪問介護相当サービス(人)	259	209	196	228	216	204
訪問型サービスA(人)	202	218	228	216	228	240
従前通所介護相当サービス(人)	643	565	462	540	516	480
通所A あいあいデイサービス(人)	1,230	1,222	1,084	1,500	1,500	1,500
通所A サロン do 須恵(人)	1,328	1,449	1,242	1,500	1,500	1,500
通所A 健やか茶論(人)	1,239	712	652	1,000	1,000	1,000
通所A 総実施回数(回)	448	395	370	448	448	448

### (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・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。

今後も在宅生活を支えるサービスとして継続して実施します。

配食サービス	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
利用件数（件）	3,329	3,532	2,756	4,000	4,000	4,000

### (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関わる方を対象に、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がるものです。

本町では、令和元年度に 65 歳以上の方に対して、「日常生活圏域ニーズ調査」による実態調査を実施しています。記名式の本調査において、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ができています。さらに調査項目に基本チェックリスト 25 項目を追加しており、総合事業の対象者か否かの判別もできていることから、今後本データを活用し、生活支援サービスや介護予防事業の対象者を抽出し効果的な事業展開につなげます。

また、令和 2 年度から実施している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ため、健康推進課との情報の受け渡しについても体制を構築していきます。

### （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次の取り組みを行っています。

## ■ 高齢者食生活改善事業

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、介護予防が必要な状態になりがちです。そのため食育を推進し、正しい食事の摂り方を学んだり、高齢者本人や家族が栄養を管理したり食生活の改善ができることを目指し、高齢者の料理教室を開催しています。今後は比較的参加割合の低い男性や、新しい方が入りやすく、地域とのつながりも図れるような実施の形態を検討し、管理栄養士や食生活改善推進員など指導者となる人材も確保しながら、高齢者の食生活改善を支援します。

高齢者食生活改善事業	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
開催回数(回)	57	53	35	47	47	47
延べ参加者数(人)	523	456	304	409	409	409

## ■ 転倒予防教室事業

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、健康で生き生きと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。

転倒予防教室	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
開催回数(回)	59	52	50	48	48	48
延べ参加者数(人)	570	397	344	360	360	360

## ■ 口腔機能の向上に向けた事業

口腔機能は全身の機能の評価にもつながる重要な健康づくりのバロメーターとなっています。口腔機能が低下すると食べる楽しみを持てなくなり、低栄養や脱水の危険が増えたり、誤嚥や窒息の原因にもなります。また運動機能の低下や、社会参加の減少といった影響も出てきます。しかし、口腔への関心は個人差が大変大きく、かかりつけの歯科医を持ち定期的に受診し自分の歯を保っている方から、全く関心が無く口腔衛生が保てていない方までさまざまです。

本町では、これまで「お口の健康教室」として、口腔機能の改善・向上を目的に、口腔清掃実技、口腔機能向上のためのトレーニング、また地域型サロンの出前講座や介護予防サポーター養成講座等でも、口腔機能向上の大切さや「お口の健口体操」等を実施してきました。

今後は、令和2年度からの高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の中で、歯科衛生士の資格をもった職員の指導のもと、口腔機能の向上に向けた取り組みを実施します。

### (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」、「介護予防活動支援事業」、「健幸ポイント事業の活用」（各論第1章－第1節に詳細記載）を行っています。

### (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の支援・継続開催地区の定期評価支援等で主に関与を深めてもらっています。

本町の在宅医療・介護連携の中心的な手段として、地域ケア会議の開催と地域リハビリテーション活動支援事業の展開から、在宅療養支援、人材育成や研修、連携に必要なツールの開発やルールづくり等の役割を担い、在宅介護を行っている家族の介護負担の軽減を図り、可能な限り住み慣れた地域で安心して暮らしていただける「地域包括ケアの構築」に向けた核となる取り組みとします。

### 第3節 保健事業と介護予防の一体的実施の推進

(令和2年度「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する事業実施方針」より)

熊本県後期高齢者医療広域連合の示す課題と重点目標を踏まえ、あさぎり町の課題をもとに、事業目標と実施事業を下記のように設定します。

広域連合の課題
後期高齢者の健康寿命の延伸と医療費、介護給付費の適正化
事業目標
(1) 後期高齢者健診・歯科口腔健診受診率の向上 (2) フレイル予防



あさぎり町の課題	
①後期高齢者健診、歯科口腔健診の受診率が低い ②健診の有初見率は血圧、高脂質血症が高く、医療費の割合を見ても脳梗塞、高血圧症等の脳血管疾患が上位になっている ③死因割合では腎不全が国や県と比較して高い ④生活習慣病リスクは、やせ、多量飲酒習慣、高血圧が高リスクとなっている ⑤介護給付費は、要支援1、要介護4・5で国や県より高額なため、1件あたりの給付費も高くなっている	
事業目標	
1. 後期高齢者健診・歯科口腔健診受診率の向上 2. 生活習慣病の重症化予防 3. ロコモティブシンドローム・フレイルの予防	
実施事業	
①医療機関との連携を図り、あさぎり町医療連携会議や町内多職種学習会を開催するとともに、当事業の説明及び町の取り組み等について協力を得られるよう働きかける ②庁内の連携体制を整備し、事業目的や内容の共有を図るために、高齢福祉課や社会福祉協議会等の関係部署と定期的に会議を開催し連携を図る	
ハイリスクアプローチ	ポピュレーションアプローチ
①健康状態不明者の状況把握、必要なサービスへの接続 ②低栄養防止・重症化予防の取り組み ③健診や質問票等からフレイルが疑われる方に対する個別の保健指導 ④必要に応じた地域のサービス等の情報提供	①高齢者の通いの場等における運動・栄養・口腔等のフレイル予防の健康教育・相談の実施 ②質問票を活用し、スクリーニング及び必要時は健診、受診勧奨、介護サービスへつなぐ ③広く健診及び歯科健診受診の必要性の周知 ④地域での高齢者の自主活動を支援し、健康づくりに取り組めるような環境整備

## 1. 後期高齢者健診・歯科口腔健診受診率の向上

### 【現状と課題】

本町の後期高齢者健診受診率は平成 30 年度で 17.1%で、県全体よりは高い状態ですが、国保から後期高齢者医療に移行する際に、継続した健診受診につながっていない状況があります。

また、歯科口腔健診受診率は、平成 31 年度（令和元年度）に勧奨したこともあり、平成 30 年度の 1.8%から 3.0%と増加しましたが、まだまだ少ない割合です。

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」に伴い、今後、健診受診率を引き上げ、健診データと医療データ及び介護保険データと併せて解析することにより、町の現状を分析し、医療費・介護保険料の適正化につなげ、歯科口腔健診受診率を向上させることで、口腔機能の低下の予防を含めた取り組みを進めていく必要があります。

### 【実施内容】

#### 後期高齢者健診・歯科口腔健診受診率向上施策

- ①ポスター・チラシ等を使った被保険者や家族への健診受診に関する周知・啓発
- ②町内医師、歯科医師、薬剤師等との連携会議を実施し、健診質問票変更に関する周知
- ③健診後の個別支援（アウトリーチ支援）の実施
- ④保健・医療・介護の連携強化
- ⑤健診等を受診しやすい体制の整備

### 【目標値】

	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
後期高齢者健診受診率（%） （基準値：R1 年度 17.1%）	18	20	22	24
歯科口腔健診受診率（%） （基準値：R1 年度 3.0%）	10	15	18	20

## 2. 高齢者の生活習慣病の重症化予防

### 【現状と課題】

特定健診の受診者に対しては重症化予防の取り組みを行っていますが、75歳で後期高齢者になると、主治医と相談しながら対応していくことを推奨し、具体的な保健指導はほとんど行っていない状況です。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・運動が大きく関わってきます。今後、健診受診率を引き上げることで、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、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。

### 【実施内容】

生活習慣病の重症化予防施策	
①	健診受診後に対象者として抽出した方への訪問等による保健指導
②	町内医師、歯科医師、薬剤師等との連携会議や、かかりつけ医との個別での連絡調整
③	通いの場等で把握したハイリスク者への個別指導
④	健診を受診しやすい体制の整備

### 【目標値】

	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
重症化予防の個別対応数（人）	50	55	60	65
生活習慣病予防健康講話実施数（箇所）	30	35	40	40

### 3. ロコモティブシンドローム・フレイルの予防

#### 【現状と課題】

本町では平成 27 年から「いきいき百歳体操」を活用したロコモ予防と地域の自主的な通いの場づくりに取り組んでおり、町内 31 か所（令和 2 年 4 月時点）で活動しています。今後も身近な通いの場でのロコモ予防・フレイル予防を推進していきませんが、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人も多い状況です。そこで、令和 2 年度から庁内の関係課が協力し、専門職が関わりながら、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事業に取り組めます。

医療が必要な方も安心して運動に取り組むことのできる体制を整備し、対象者に応じたロコモやフレイル予防に取り組んでいくことが必要です。

また、口腔機能の低下からの活動性の低下、心身の状態の低下が見られる方も多いことから、歯科口腔健診の受診勧奨を行いながら歯科医師と連携を図り、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。

介護保険の状況を見ると、認知症は本町の大きな課題となっており、認知症予防が重要です。元気な方も、MCI の方でも参加できる認知機能向上を目的とした教室への参加を促し、町全体で認知症を予防するための取り組みを進めていく必要があります。

#### 【実施内容】

ロコモ・フレイル予防施策	
①	かかりつけ医である町内医師からの情報提供及び運動可否判定の連携体制整備
②	健診受診後に対象者として抽出した方のかかりつけ医への情報提供及び連携
③	通いの場等で質問票から把握したハイリスク者への個別保健指導
④	継続した運動指導や栄養指導、保健指導ができる体制の構築
⑤	地域の通いの場における栄養・運動・口腔に関する健康教育の実施
⑥	運動機能や認知機能の向上を目的とした教室等の実施協力

#### 【目標値】

	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
医療機関との連携者数（人）	20	25	30	35
ロコモ・フレイルに関する健康講話 実施数（箇所）	15	20	25	30
口腔機能の向上に向けたお口の健康教室 開催回数（回）	15	60	60	60
口腔機能の向上に向けたお口の健康教室 参加者数（人）	225	900	900	900

## 第4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、適切な支援につなげ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）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週に1回、保険者・地域包括支援センター・介護支援専門員・理学療法士・作業療法士・生活支援コーディネーターが参加し開催してきました。第7期計画期間中にはここに栄養士・薬剤師・在宅医療サポートセンターが新たに参加し実施をしています。多職種による包括ケア会議の充実を図るため、必要な職種に対する参加依頼を行い、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、地域課題の抽出とその解決に向けた協議を行っていますが、まだこの点についての難しさが課題として見られております。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、少しずつ課題となるものを蓄積していき、その中からいくつかの大きな地域課題の抽出をしていく点や、その課題を解決する政策形成までが行えるよう関係機関との調整を図る点などを改善点として検討していきます。

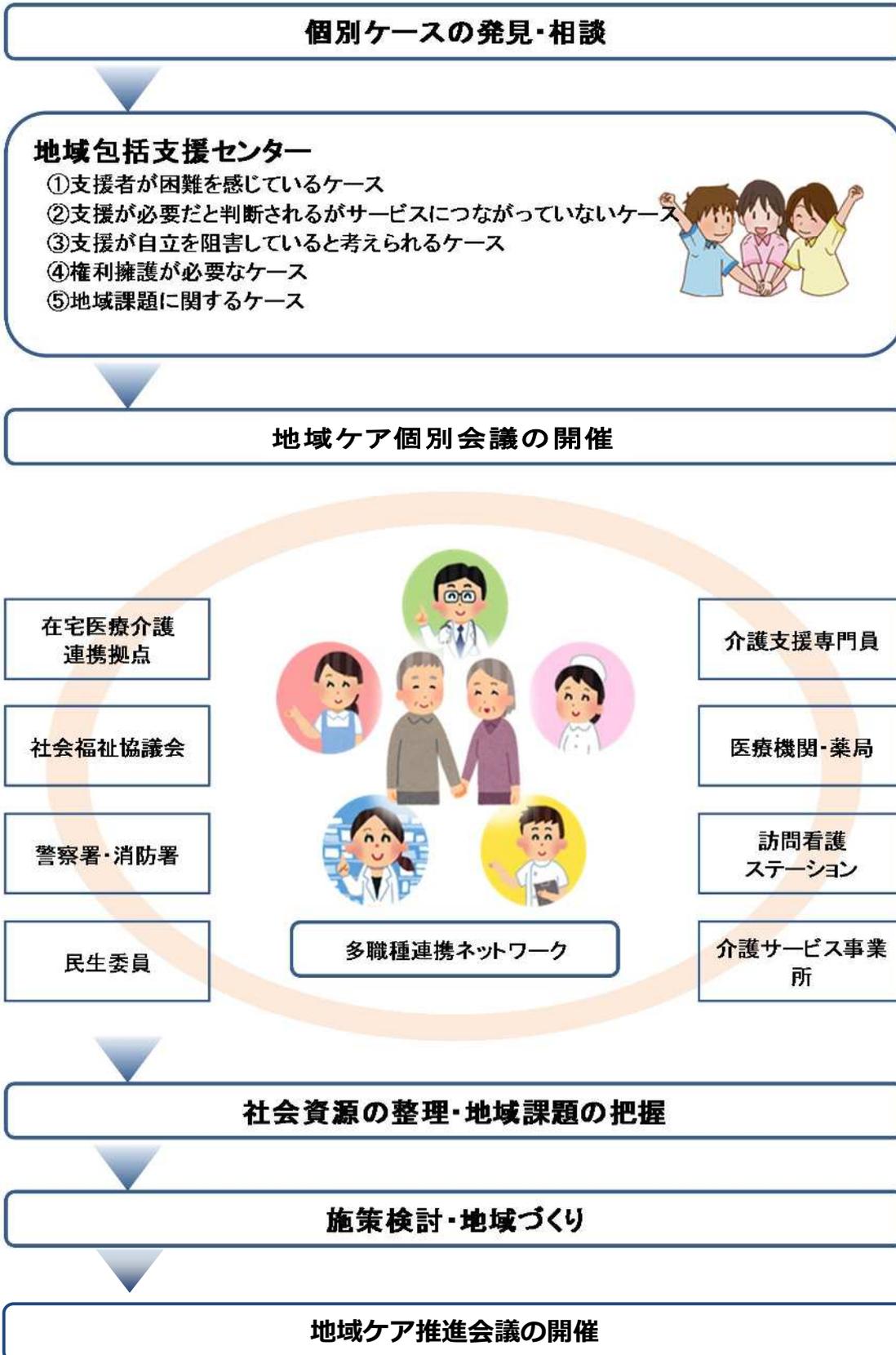
【地域ケア会議の全体像】

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	●	●	●		
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】



## 第2章 認知症の発症を遅らせ、 認知症になっても安心して暮らせる体制の整備

### 第1節 認知症への理解と普及・啓発、本人発信支援の推進

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と活動の活性化

地域の認知症支援の重要な役割を持つ認知症サポーター養成講座を今後も定期的を開催し、地域ぐるみで見守る体制づくりを進めるとともに、認知症の人の見守りを実践する認知症サポーターの組織化を図ることにより、人材活用や地域の関係機関とのネットワークづくりを進めていきます。

認知症サポーターの養成数は計画値以上で推移していますが、小中学生や地域サロン参加者等の高齢者が多くを占めているため、今後は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。

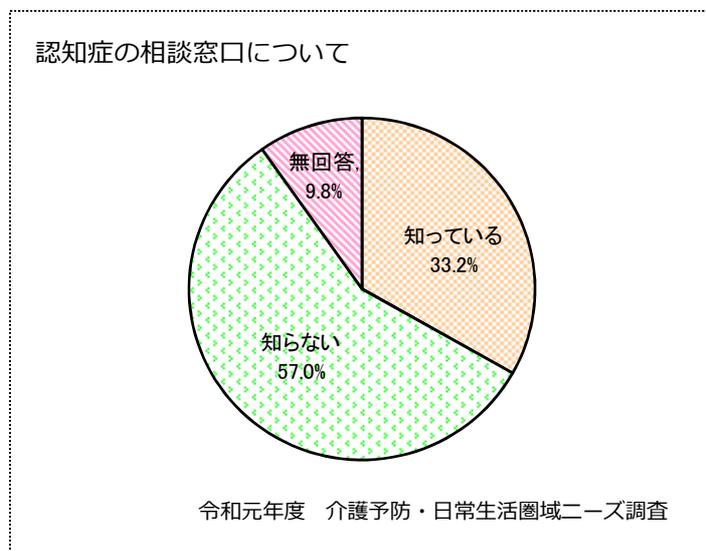
また、養成を受けたサポーターを認知症カフェ等の運営支援に活用する仕組みづくりも検討し、認知症地域支援推進員や認知症サポーターがいる中で、気軽に困っていることを相談できる体制の構築も図っていきます。

認知症サポーター養成	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
サポーター養成者数(人)	331	480	110	300	300	300
養成講座の開催数(回)	6	9	2	6	6	6

## 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

令和元年度に実施した「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」と答えた方が 33.2%、「知らない」と答えた方が 57.0%という結果でした。

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。認知症に関する基礎的な情報とともに、具体的な相談先や受診先の利用方法等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。



介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	第7期計画 の実績値	第8期計画 の計画値
	令和元年度	令和4年度
認知症相談窓口の認知度 (%)	33.2%	43.2%

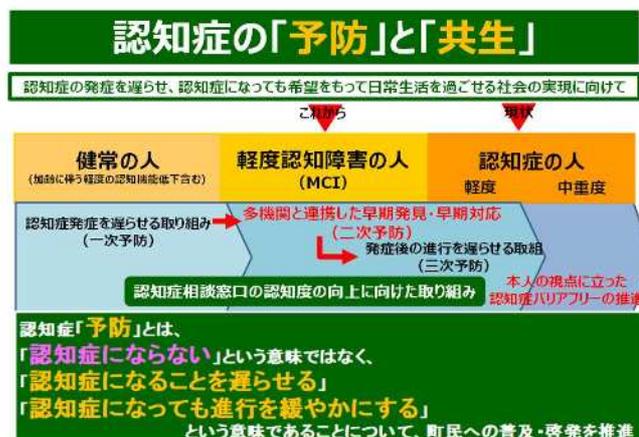
## 第2節 認知症の予防の推進

### 1. 認知症の予防についての理解の促進

令和元年度に示された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、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、7期計画期間中に、認知症サポート医による認知症の講話と、物忘れ診断プログラムを実施しています。また、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」をいずれも免田保健センターにて無料で行っており、どちらの相談も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、訪問や電話による面談も可能です。

さらに、令和2年度からは脳いきいき教室と、そのサポーター養成講座をそれぞれ実施しており、認知症予防の取り組みと、地域の担い手づくりを進めています。

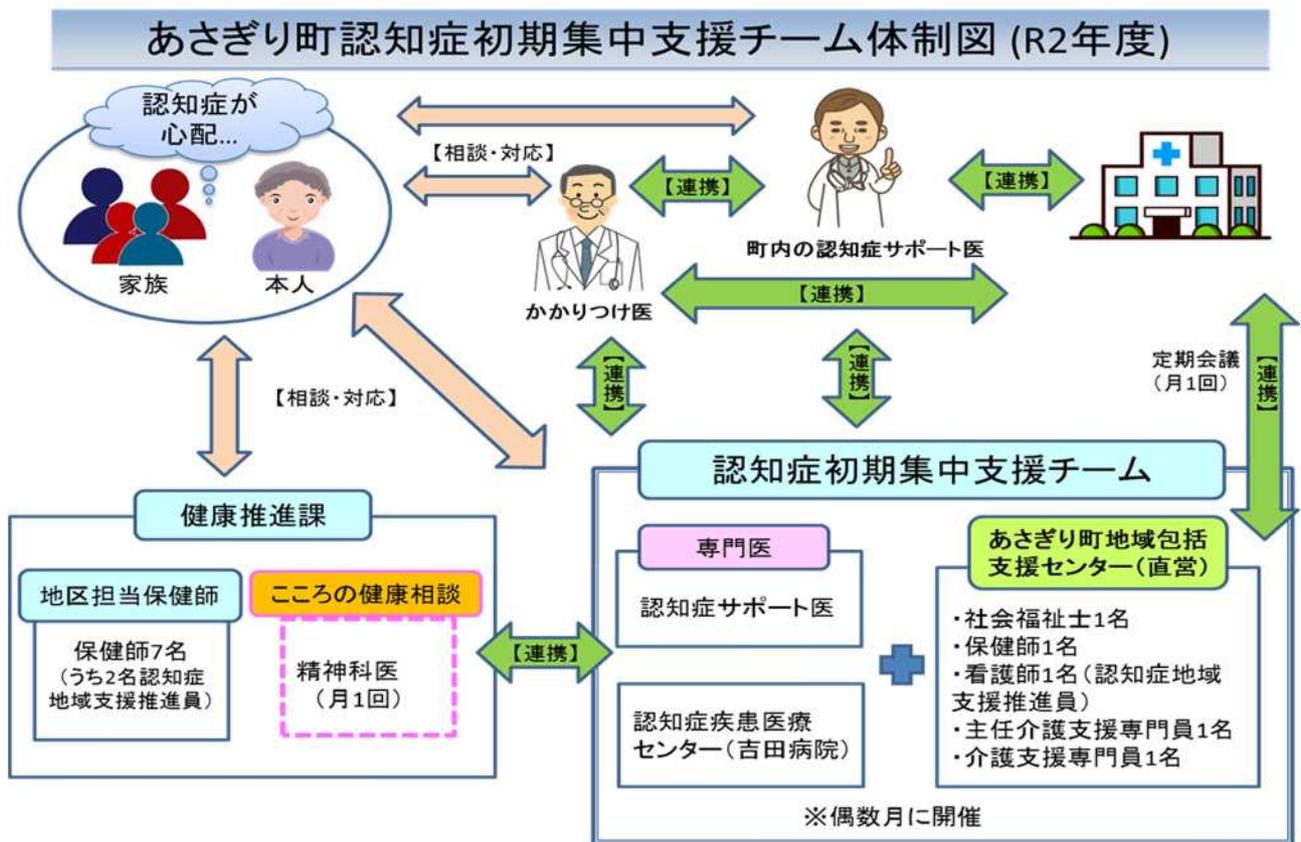
加えて、令和2年度から実施をしている保健事業との一体的実施でのアウトリーチにより、MCI（軽度認知障害）から軽度認知症の疑いのある方が抽出された際、その情報が地域包括支援センターにスムーズに伝わり、状態に応じたサービスへつながる仕組みを構築し、これまで把握・介入が難しかった軽度の層への早期の介入が図れるようにしていきます。

### 第3節 認知症医療・ケア・介護サービス・介護者への支援の推進

#### 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町直営の地域包括支援センターと健康推進課に配置し、複数の専門職からなる認知症初期集中支援チームを設置しています。

今後これらの活動をさらに活性化するために、困難ケースに限らず認知症初期集中支援チームを活用していくよう体制整備を行い、通いの場や総合相談支援、保健事業との一体的実施等において集まった情報が認知症地域支援推進員にスムーズに伝わり、そこから認知症初期集中支援チームによる支援が円滑に行われるような体制づくりを目指します。また認知症地域支援推進員と認知症初期集中支援チームの双方が情報を共有し、支援に関わる関係機関と連携して医療・介護サービスにつなぐ体制の構築を目指します。



## 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。

そのためにも、今後必要な社会資源やサービスを検討、反映させたケアパスの更新を行う必要があります。整備に取り組んでいきます。

また、ケアパスの周知により認知症についてさらに理解を深めるとともに、推進活動の中でもケアパスを活用した支援につなげていきます。

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、広報誌掲載、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。

## 3. 介護従事者の認知症対応能力の向上の推進

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。

本計画においては、県が主催する研修会との整合性を取りながら、介護従事者の認知症対応能力の向上の推進を図ります。

## 第4節 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の方への支援・社会参加支援の推進

### 1. 成年後見制度利用促進計画の推進

本町では、人吉球磨成年後見センターの運営開始に伴い、平成27年度から同センターと連携を図りつつ、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。

今後も、高齢者等からの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図ります。

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。

現在、人吉球磨成年後見センターにおいて、専門職による専門的助言等の支援の確保や、協議会の事務局等、地域における連携・対応強化の推進役としての役割を担う中核機関の設立に向けた協議が行われており、今後も町として後見センターとの連携を取りながら、本町における成年後見制度の利用促進や権利擁護の支援をさらに推進していきます。

成年後見制度	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
利用件数(件)	85	88	78	80	80	80

(参考) 成年後見制度と日常生活支援事業の比較

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		
対象者	元気高齢者	軽度認定者	補助	保佐	後見
			判断能力が不十分	判断能力が著しく不十分	ほとんど判断できない
相談先	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	
	地域包括支援センター				

## 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、養護者の負担の軽減等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。

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、広報誌等を活用した普及・啓発に努めます。

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。

また、人吉球磨成年後見センターの運営開始に伴い、平成27年度からは同センターと連携を図りつつ、高齢者の権利擁護の推進を図ってきました。

今後も、迅速かつ適切な対応力の向上を図るため、地域ケア会議等を活用して定期的な研修の開催を図り、事例収集及びマニュアルの作成等を適宜行います。

### **(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。

高齢者の虐待対応においては、認知症高齢者等が虐待を受けるリスクが高いことから、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。

## **3. 高齢者の消費者被害の防止の取り組みの推進**

近年増加している高齢者の消費者被害に対しては、本町が実施している「消費生活相談」、社会福祉協議会が実施している「心配ごと相談」、さらに人吉球磨広域で実施している「無料法律相談」の3層による相談支援体制を維持しつつ、高齢者の集まる機会を通じた取り組みや広報誌等の媒体を活用し、地域包括支援センター等関係機関との連携による、消費者被害の未然防止と被害を受けた場合の救済支援を図っています。

相談者の内訳では、家族やホームヘルパー等、高齢者本人以外からの相談が約8割を占めており、周囲のサポートがなければ、被害が潜在化してしまう恐れが高い状況がうかがえます。

今後も、高齢者の集まる機会を通じた取り組みや、広報誌等の媒体を基本として、地域包括支援センター等関係機関との連携を強化し、消費者被害の未然防止と被害を受けた場合の救済支援を図るとともに、消費生活センターや県・警察と連携を図り、振り込め詐欺、架空請求、悪質な訪問販売、催眠商法、送り付け商法等の実態を高齢者に周知することで、被害の未然防止及び拡大防止を図り、消費生活センターから情報を得ながら、地域包括支援センターを中心とした見守り体制の中で、犯罪情勢に沿った防犯講話や広報活動を積極的に展開していきます。

## 4. 若年性認知症の方への支援

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。

なお、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の活用等、生活福祉課や関係機関と連携した取り組みを行っていきます。

本町では、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。現状として相談件数はまだ少ないですが、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。

## 5. 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、介護家族、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、認知症の方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います。今後も、認知症の方とその家族が、気軽に認知症カフェに参加することができ、地域の見守りのなかで安心して暮らし続けることができる地域づくりを行っていきます。

同時に、養成を受けたサポーターが積極的にカフェの運営支援に関わることができる仕組みの構築をすすめ、カフェがさらに充実するよう取り組みを推進します。

# 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

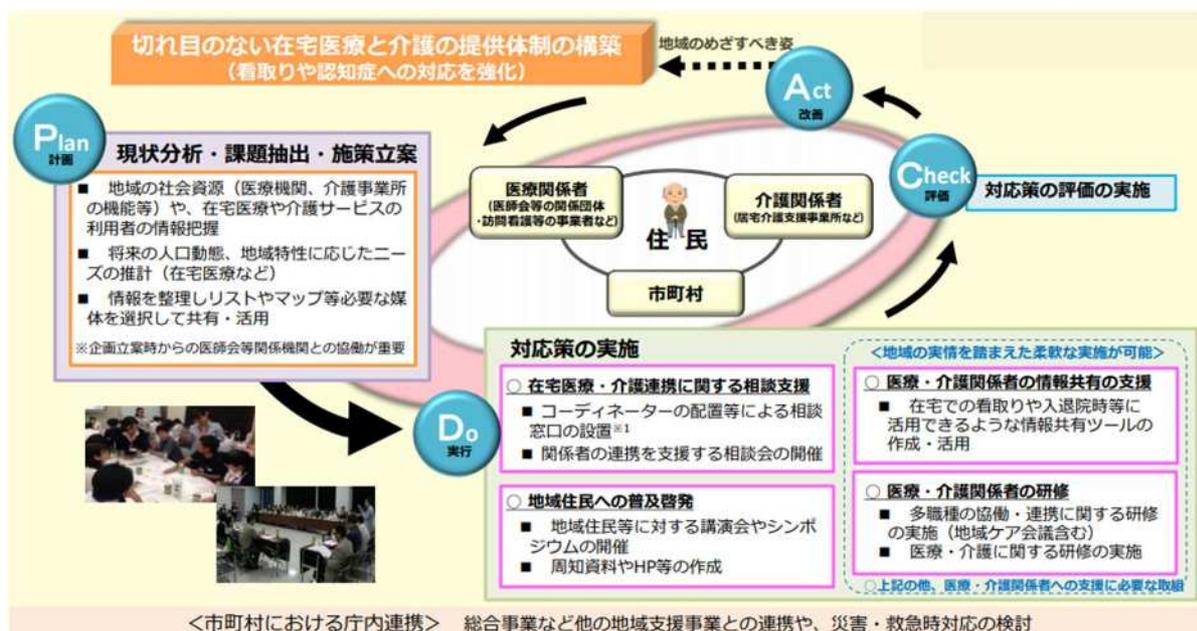
### 1. 在宅医療・介護連携事業の推進

本町では、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために、在宅医療・介護連携推進事業のうち、人吉球磨広域連携の中で医師会への委託と、本町独自での実施の2つに分けて、以下の事業を実施しています。

- (ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策を検討する会議の開催
- (ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- (キ) 地域住民への普及・啓発
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

今後もさらに上記の事業を効果的に展開することで、限られた社会資源である医療・介護を効率的に提供していくとともに、より専門的な支援を要する高齢者に対して、在宅での生活支援の拡充を目指します。

【第8期介護保険事業計画期間からの在宅医療・介護連携事業の在り方】



※厚労省資料

## 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、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、第7期計画において、「医療介護多職種連携」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。

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いて、地域ケア会議へのリハビリテーション専門職の配置等の取り組みからも、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ます。

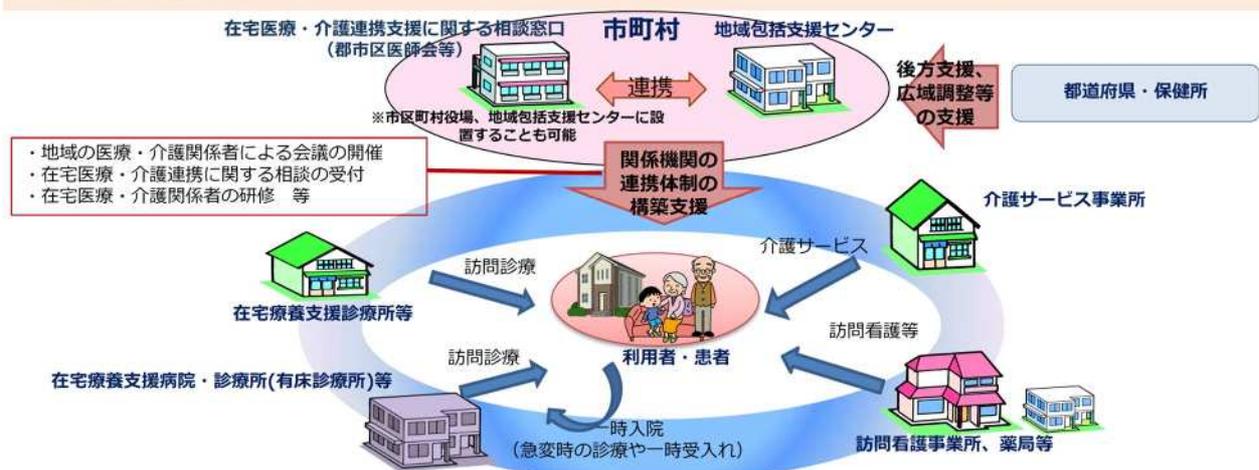
### 在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



※厚労省資料

### 3. 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、熊大病院、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

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。

【在宅医療の充実のための取り組み例】

#### 在宅医療の提供体制の充実

- ◇ 訪問診療・往診
  - ・医師の在宅医療導入研修
  - ・24時間体制等のための医師のグループ化
- ◇ 訪問歯科医療
  - ・在宅歯科医療連携室の設置支援
  - ・在宅歯科医療技術研修
- ◇ 訪問看護
  - ・強化型訪問看護STやST空白地域への設置支援
  - ・新任訪問看護師の研修充実、研修機関の集約化
- ◇ 薬局・訪問薬剤管理指導
  - ・衛生材料等の供給拠点の設置支援

#### 個別の疾患、領域等に着目した質の向上

- ◇ 医療関係者への専門的な研修
- ◇ 医療機関への支援
  - ・看取り
  - ・認知症
  - ・末期がん
  - ・精神疾患
  - ・疾患に関わらない緩和ケア
  - ・褥瘡
  - ・小児等在宅医療
  - ・口腔・栄養ケア
  - ・難病在宅医療
  - ・リハビリ
  - ・在宅療養にかかる意思決定支援 等

#### 在宅医療に関する普及啓発

一般住民に対する在宅医療に関する理解を深めるための講演会の実施等

※厚労省資料

## 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、相談支援の対象を高齢者だけでなく、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きます。

地域ケア会議、在宅医療介護と連携した体制づくりに加え、認知症対策や介護予防・日常生活支援総合事業の移行に伴う業務等、新たな事業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必要不可欠となってきます。今後も地域包括ケアシステムを構築するうえで、中核的な役割を担うものであることから、主任ケアマネジャー・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生活支援コーディネーター等の専門職を継続して確保できるよう努めていきます。同時に、地域包括支援センターの評価については、厚生労働省が策定する評価指標を用いて、業務の状況や量等の程度を把握し、評価・点検を行い、必要な人員体制の充実や予算確保について客観的な評価検討を行っていきます。

地域包括支援センターへの総合相談支援の件数は毎年大きく差がなく推移をしていますが、相談内容は困難な事例が増えてきているところがあるため、相談窓口の周知を一層進めるなどの対策で、少しでも早期からの介入・支援が行える体制づくりを推進していきます。

地域包括支援センター	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
総合相談支援件数(件)	670	694	700	700	700	700

## 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・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。

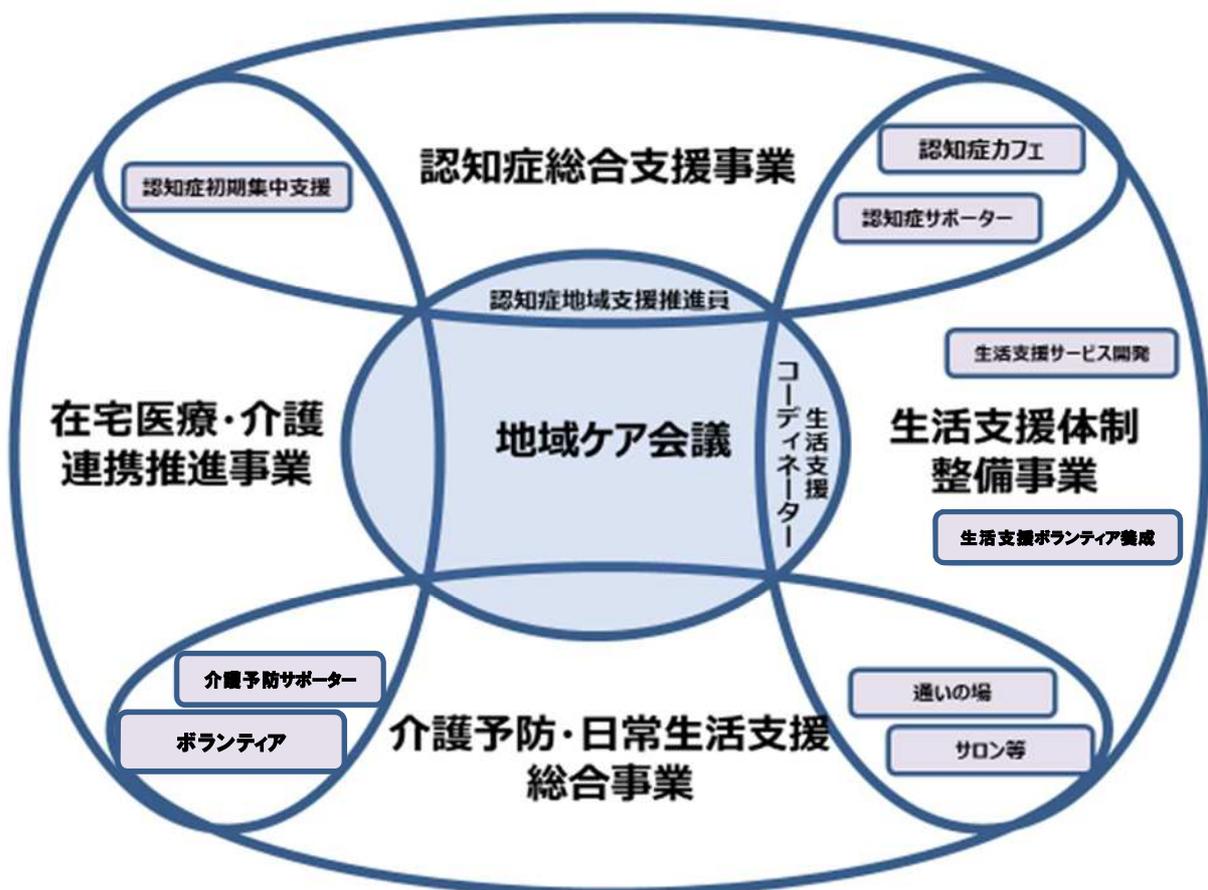
### 3. 地域ケア会議を中核とした地域支援事業の連動性向上

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に、多職種により構成される地域ケア会議、個別ケースのケアマネジメント支援を行う包括ケア会議を行っています。

包括ケア会議では、医療・介護職従事者、医師、民生委員、関係事業所、社会福祉協議会等、多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図り、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントとサービス提供に取り組んでいます。

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「地域ケア推進会議（地域包括支援センター運営協議会）」の開催を行い、他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。

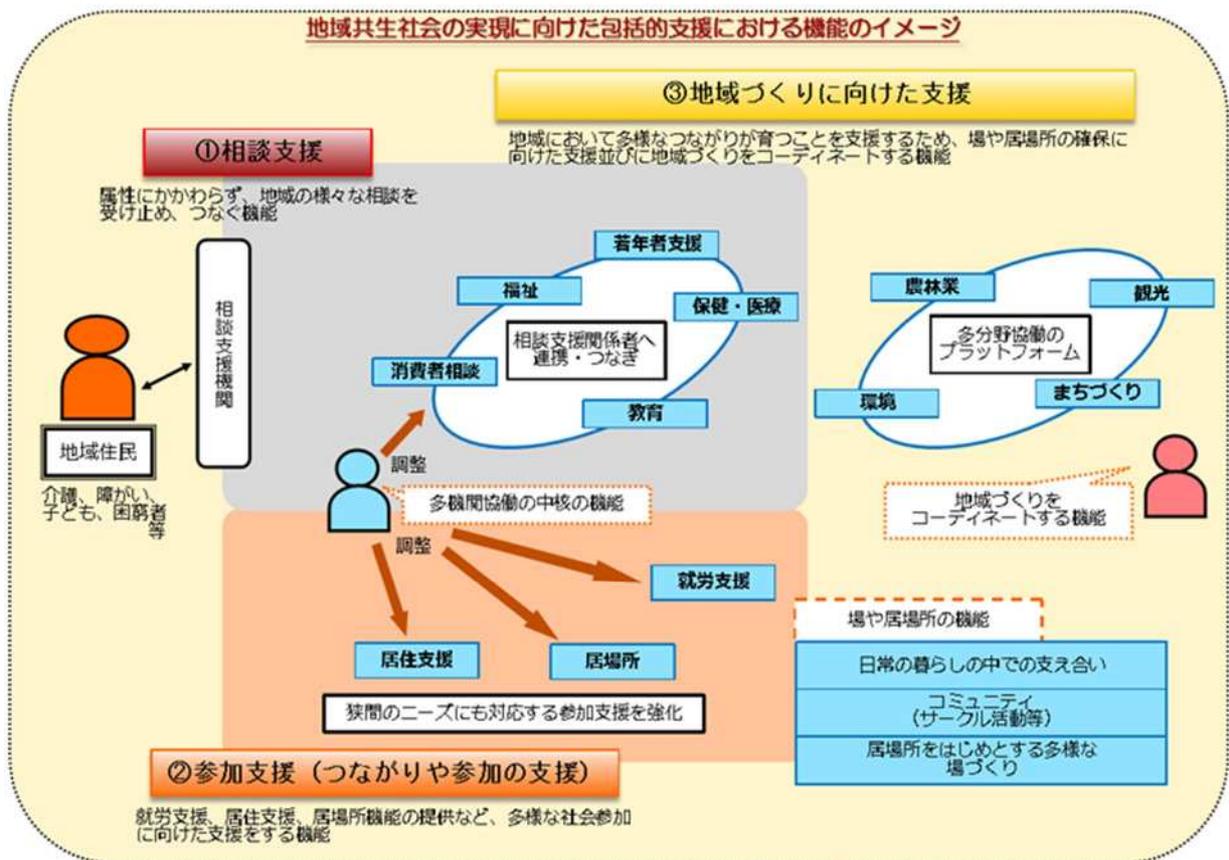


# 第4章 住民の希望、地域の実情に応じた多様な住まい・サービス基盤の整備・活用

## 第1節 地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進

近年の地域福祉では、高齢者、障がい者、児童といった制度・分野ごとの「縦割り」の制度を包括し、地域全体で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。複雑な課題を抱えた世帯の問題、例えば、高齢者と障がい者、ひきこもりの子が同居した世帯等、地域におけるさまざまな生活課題について、住民自らが気づき、それを自分たちの問題として共に考え、問題解決へ向けて活動していく住民の主体的な支え合いのネットワークづくりを基軸として、さらに住民主体の福祉活動を支える多様な関係機関・団体のネットワークを形成し、この両者の連携のもとで、“誰もが人としての尊厳をもって、家庭や地域の中で、その人らしい自立した生活が送れるような地域社会”を創っていくことが必要です。

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」への展開のほか、地域包括支援センターの機能拡大等、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。



## 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。住民が主体的に地域生活課題を把握し解決を試みることができる環境の整備については以下のような取り組みが考えられます。

### 取り組みの内容

- ・ 地域住民等に対する研修の実施
- ・ 地域住民の相談を包括的に受け止める場の整備及び周知
- ・ 地域の各種団体（民生委員・児童委員等）との連携による地域生活課題の早期把握  
(第4次あさぎり町保健福祉総合計画より)

## 2. 相談を包括的に受け止める多機関協働による支援体制の整備

地域住民等が主体的に地域生活課題を把握し解決に取り組むことができるようにするためには、住民主体の取り組みの限界を踏まえ、専門職等との関わりをしっかりと位置づけることが重要であり、そのためには多機関との協働体制の構築が必要です。多機関協働による包括的な支援体制の構築に向けて、協働の中核を担うのは自治会や民生委員・児童委員等の各種団体、関係機関、社会福祉協議会、町となります。多機関協働による支援体制を構築するため、以下のような支援・連携体制の構築が考えられます。

### 取り組みの内容

- ・ 支援関係機関によるチーム支援
- ・ 複合的で複雑な課題等を解決するための関係機関が協議、検討する場の整備  
(ささえ愛福祉ネットワーク連絡会等の活用)
- ・ 全庁的な支援体制（地域包括支援センターを含む関係課）  
(第4次あさぎり町保健福祉総合計画より)

## 3. 共生型サービスの普及に向けた取り組みの推進

平成30年度より、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が新たに創設されました。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な生活習慣等の指導、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、継続実施が必要な事業です。

生活管理短期宿泊事業	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
利用日数(日)	14	18	2	60	60	60

### 2. 地域自立支援事業の提供

#### ■ 緊急通報体制等整備事業（緊急通報システム）

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民間事業所への委託事業へ移行を行い、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。

緊急通報体制等整備事業	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
緊急通報システム設置 世帯数(世帯)	38	38	30	40	40	40

### 3. 見守りを含めた食の自立支援事業の提供

要支援及び事業対象者以外で、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。

令和2年現在、2事業所への委託にて実施をしていますが、件数が増える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、シルバー人材センターや地域の配送ボランティア等の活用で配達員の人材の確保の検討が必要になっています。

食の自立支援事業 (配食サービス)	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
利用者数(人)	2,674	3,277	3,704	3,600	3,600	3,600

### 4. 家族介護支援事業の提供

#### ■ 家族介護教室の開催

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。

なお、令和元年度までの教室の参加者は、介護サポーター等が今後の勉強のために多数参加されていましたが、介護者への実態調査によると、認知症状への対応や排泄ケアへの不安を持つ方が多かったことから、今後は対象者や内容の検討を行っていきます。

家族介護教室	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
実施回数(回)	3	3	0	3	3	3
参加者数(人)	180	150	0	180	180	180

## ■家族介護者、要介護世帯への支援

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。

家族介護用品支給事業	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
利用件数(件)	15	10	8	15	15	15

## 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。

認知症対応型共同生活介護 事業所家賃等助成事業	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
利用者数(人)	24	24	22	22	22	22



## 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。

また、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り、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」を作成し、関係機関と連携しながら災害発生時により効果的な活用ができるように、社会福祉協議会の生活支援コーディネーターが中心となり進めていきます。

今後は、より町独自の取り組みを展開していくため、地域ケア会議と併せて協議体での課題の検討方法や参加者についても見直しを行い、うまく機能していくよう調整を行います。

生活支援体制整備事業	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
生活支援コーディネーター設置数(人)	1	1	1	1	1	1

## 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、必要に応じて、「命のバトン」の配布を行ってきました。

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。

なお、国では日常生活圏域ニーズ調査により、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、令和元年度に高齢者を対象とした日常生活圏域ニーズ調査を実施しました。

調査員や命のバトンによる高齢者世帯への訪問では、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、大変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。

高齢者世帯訪問	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
調査員による新規・更新(世帯)	636	554	487	600	600	600
命のバトン対象者数(世帯)	1,046	1,277	1,601	1,600	1,600	1,600

## 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連絡会を定期的を開催しており、ネットワークでは、要援護者に対する声かけ・安否確認、在宅福祉サービスに関する情報提供、ニーズの把握、掘り起し、相談・助言を行い、必要に応じて専門機関等へのつなぎを行うなど、地域福祉の最前線として活動を行っています。

今後もささえ愛福祉ネットワークが地域の中心となり、地域包括支援センターがその後方支援を担う立場として存在することで、地域福祉の向上と見守りの輪を築きます。さらに、郵便局員や水道検針員、新聞配達員、宅配業者、地元商店等と連携・協力して、重層的な見守りの体制づくりを推進します。

なお、第6次球磨地域保健医療計画によると、管内の特徴は、自殺率が高いとされていることから、ネットワークの強化、住民への啓発や周知を図ることにより、気軽に相談できる体制づくりを目指しその対策の一助とします。

## 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、利用条件等から対象者が限られていますが、県と連携しながら確保を図ります。

養護老人ホーム	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
施設数（箇所）	3	3	3	3	3	3
入所者数（人）	26	24	26	30	30	30

### 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がある場合には移行を促し、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。

## 第5節 高齢者の移動手段の確保

### 1. デマンド交通事業の推進

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、町内の主要なポイントを結ぶ乗合タクシーの運行を行っていましたが、路線の本数や時間の都合で利用者が限られていたため、住民の声を反映して、令和元年10月よりデマンド交通への切り替えを行い、令和2年度には愛称を「ほのぼの号」に決定しました。

これまで利用ができなかった方の新規利用、登録にもつながっていますが、一方で、「複数の行きたい場所まで行けない」と言った声も上がっている状況です。

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、今後も関係課との協議や運用の見直しを図っていきます。



乗合タクシー →デマンド交通 (R1.10月～)		第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
		平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
乗合タクシー	延べ利用者数(人)	6,376	2,849				
	延べ便数(便)	1,375	637				
デマンド交通 (ほのぼの号)	延べ利用者数(人)		2,513	5,000	5,200	5,250	5,300
	延べ便数(便)		2,513	5,000	5,200	5,250	5,300
	登録者数(人)		605	725	760	780	795

# デマンド交通運行エリア

## あさぎり町デマンド交通 指定乗降場管内図



### デマンド交通車両ステッカー



### 指定乗降場表示板



※この表示のあるところで必ずお待ちください。

## 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の要配慮者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。

また、要支援者避難に関する個別計画の策定を進めるとともに、重層的な安否確認体制を整備するため、介護事業者等との連携強化に向けた取り組みを推進します。

なお、福祉避難所について、町内7か所の施設と締結していますが、医療機関や介護事業所等への協力要請を行い、寝たきりの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、災害発生時だけでなく、災害発生後に学校等での避難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の実施を検討していきます。

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の中心となる、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。

避難行動要支援者支援	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
名簿登録者数(人)	519	500	540	550	560	570

### 2. 感染症対策の推進

新型コロナウイルスをはじめとする感染症への対策として、関係機関や町内の介護事業所等と連携し、さまざまな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を行うことが重要です。特に、介護事業所等が感染症発生時においてもサービスを継続するための備えが講じられているかを定期的に確認するとともに、介護事業所の職員が感染症に対する理解や知見を有したうえで業務にあたることができるよう、感染症に対する研修やICTを利用した代替方法等を検討していきます。また、介護事業所等における、適切な感染防護具、消毒液その他の感染症対策に必要な物資の備蓄・調達・輸送の支援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 介護給付の適正化に向けた取り組みの推進

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。

国・県では、団塊世代すべてが75歳以上となる令和7年（2025年）に向けて、介護サービス等の需要が拡大することを危惧し、市町村が必要な給付を適切に提供するため適正化事業に取り組んでいくよう求めています。

そのため、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、本町では国が定める介護給付適正化の主要5事業について、実施のための体制の構築を行っていきます。

適正化主要5事業は以下の事業になります。

#### 1. 要介護認定の適正化

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。

適切な認定審査が行われるよう、本町では、調査員にeラーニングを活用した審査判定の再確認と、認定調査員研修会を年に1回実施して、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。

要介護認定の適正化	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
eラーニングの活用（%）	—	100%	100%	100%	100%	100%
認定調査員研修会参加回数（回）	1	1	1	1	1	1

## 2. ケアプラン点検

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、関わる職員の取り組みに対する理解を深めてまいります。

★ケアプラン点検	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
課題整理総括表を活用した点検（新規及び区分変更）（%）	9.3%	9.6%	5.0%	5.0%	5.0%	5.0%

## 3. 住宅改修等の点検

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こなしています。一方で、リハビリテーション専門職の関与という点では今後実施の体制づくりが必要となっています。

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7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
住宅改修の施工前点検実施率（%）	100%	100%	100%	100%	100%	100%
住宅改修のリハ専門職による 施工前確認実施率（%）	30.3%	64.2%	68.8%	70.0%	75.0%	80.0%

## 4. 縦覧点検・医療情報との突合

国保連の縦覧点検・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。

本町ではこれまでと同様に、継続して全月での点検実施を目指します。

★縦覧点検・医療情報突合	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
医療情報突合の点検実施月数(月)	12	12	12	12	12	12
縦覧点検の点検実施月数(月)	12	12	12	12	12	12

## 5. 介護給付費通知

サービス利用者（家族を含む）に対して、事業所からの介護報酬の請求や費用の給付状況等を郵送にて通知を行っています。自分の受けているサービスを改めて確認していただき、適正な利用に向けた抑制効果を図っていきます。

## 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、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の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、町外からの就労促進に関する支援について、検討を進めていきます。

家族の介護を理由とした離職の防止等を図るべく「介護離職ゼロ」を推進し、その周知とそれに基づいた事業所の取り組み等を支援します。

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、ハローワークとの共催による合同就職面接会を開催することや、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を関係機関と連携して実施していきます。

## 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まいります。

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めます。

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。

介護相談員派遣事業	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度 (見込)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
相談員数(人)	4	4	4	4	4	4
受入事業所数(箇所)	8	8	8	8	10	10

### ※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誌の活用、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。

### 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関わることで、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。







## あさぎり町高齢者福祉計画及び

### 第8期介護保険事業計画

令和3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