

苓北町

第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画 （令和6年度～令和8年度）

令和6年3月

熊本県 苓北町

第9期苓北町介護保険事業計画及び高齢者福祉計画の策定にあたって

平成12年4月から始まった介護保険制度は、高齢化が一段と進むなか、介護を必要とする人を社会全体で支えていく仕組みとして定着をしてきました。

本町は、平成18年度に苓北町地域包括支援センターを設置し、高齢者をはじめ地域の皆様方が安心して生活できるように、様々な取組に力をいれてきたところですが、少子高齢化と人口減少はさらに進行し、令和6年2月末における人口は6,376人、65歳以上の占める割合（高齢化率）は44.9%となり、令和3年2月末と比較すると人口は561人の減、高齢化率は2.5%上昇している状況にあります。

今後もこの傾向はさらに進んでいくと考えられますが、「人が輝き 地域が輝く まちづくり」を目指して、高齢者を含む町民の皆様方が、これまで住み慣れてきた地域で心豊かに、できる限り住み続けることができるよう、地域にある様々な社会資源を組み合わせ、また、必要な場合には新たな福祉サービスを開発しながら、それを可能にしていくことが必要であると考えています。

このことから本計画では、これまでの計画をさらに進めた「地域包括ケアシステム」の更なる深化に向けて様々な取組を推進することとしています。

また、介護サービスを必要とされる人が、適正なサービスを受けることができるよう提供体制を整備していくとともに、高齢者の自立や健康づくりの推進、認知症高齢者に対する支援体制づくりなど、これまで以上に介護予防に取り組んでまいります。

本計画の策定にあたりまして、ご審議いただきました苓北町介護保険運営協議会等関係機関の皆様方に、ご指導やご協力を賜りましたことを厚く感謝申し上げますとともに、町民の皆様方のなお一層のご理解とご協力をお願い致しまして、本計画策定にあたってのごあいさつとさせていただきます。

令和6年3月

苓北町長 山崎 秀典

目次

第1章 計画の策定に当たって

1	計画策定の趣旨	2
2	計画の位置づけ	3
3	国の基本指針	4
4	計画の期間	5
5	計画の策定体制	6
6	日常生活圏域の設定	6

第2章 本町の高齢者を取り巻く現状

1	人口の状況	8
2	世帯の状況	10
3	認定者の状況	12
4	介護給付費等の地域分析	13
5	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査に見る現状と課題	20

第3章 計画の基本理念、基本目標

1	計画の基本理念	46
2	計画の基本目標	47
	基本目標1 生涯現役社会の実現と自立支援の推進	47
	基本目標2 認知症施策の推進	47
	基本目標3 在宅医療と介護の連携推進	47
	基本目標4 多様な住まい・サービス基盤の整備	47
	基本目標5 介護人材の確保とサービスの質の向上	47
	基本目標6 災害や感染症への対応	47
3	計画の体系	48

第4章 施策の展開

基本目標1	生涯現役社会の実現と自立支援の推進	50
1	自立支援に向けた介護予防・生活支援サービスの充実	50
2	地域ケア会議の充実	58
基本目標2	認知症施策の推進	59
1	認知症サポーターの養成及び活動活性化	59
2	認知症地域支援推進員の活動と認知症初期集中支援チームの運営・活用の推進	59
3	成年後見制度の利用促進に向けた取組の推進	60
4	高齢者等虐待防止の体制整備	61

基本目標3 在宅医療と介護の連携推進	62
1 医療と介護をはじめとした多職種連携体制づくり	62
2 地域包括支援センターの人員体制の強化.....	63
3 くまもとメディカルネットワークを活用した医療・介護の連携推進.....	64
基本目標4：多様な住まい・サービス基盤の整備.....	65
1 早急な対応が必要な方への対応	65
2 高齢者向け住まいの確保	66
3 高齢者等の移動手手段の確保	66
基本目標5：介護人材の確保とサービスの質の向上	67
1 円滑な制度運営のための体制整備	67
2 保険者としての支援体制の充実	71
3 利用者本位のサービス提供の推進	71
基本目標6 災害や感染症への対応.....	73
1 災害に対する備え	73
2 感染症に対する備え	73

第5章 介護保険サービスの見込みと介護保険料の算出

1 財源構成	76
2 被保険者数及び認定者数の推移.....	77
3 サービス給付費の見込み.....	78
4 標準給付費等の見込み	87
5 第1号被保険者の保険料収納必要額.....	88
6 第1号被保険者の介護保険料基準額の算定	89
7 介護保険料の設定	90
8 第1号被保険者の所得段階区分の設定.....	91

第6章 計画の推進と進行管理

1 計画の推進と進行管理	94
2 関係機関との連携.....	94
(1) 庁内の連携	94
(2) 地域住民、関連団体、事業者等との連携.....	94
3 重点的取組と目標の設定について	95
(1) 被保険者の自立支援、介護予防又は重度化防止に関する事項	95
(2) 介護給付費の適正化.....	97

資料編.....	100
----------	-----

第1章

計画の策定にあたって

第1章 計画の策定に当たって

1 計画策定の趣旨

我が国では、高齢化の進行が続いており、今後も高齢者は増加していく一方で、現役世代は急速に減少していくことから、高齢化率はさらに上昇することが予測されます。また、核家族世帯や、単身又は夫婦のみの高齢者世帯の増加、地域における人間関係の希薄化など、高齢者や家族介護者を取り巻く環境は大きく変容してきています。

このような状況の中、国においては、平成12年度(2000年度)に介護保険制度を創設し、要介護高齢者や認知症高齢者数の増加、介護保険サービスの利用の定着化など、社会情勢の変化に合わせて制度の見直しを繰り返してきました。

平成26年(2014年)6月には、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(地域医療・介護総合確保推進法)を制定し、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を進めてきました。その後、平成29年(2017年)には、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が成立し、地域包括ケアシステムの深化・推進及び介護保険制度の持続可能性の確保に取り組むことにより、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるよう施策を進めています。

さらに、令和3年(2021年)の社会福祉法等の改正では、地域共生社会の実現を図るため、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の支援のほか、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、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化など、所要の措置を講ずることとされています。

本町においては、令和3年(2021年)3月に策定した「苓北町第8期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画」に基づき、介護保険事業の整備や、高齢者福祉サービスの充実等を計画的に取り組んできました。このたび、「苓北町第8期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画」の計画期間が令和5年度で終了することから、令和6年度(2024年度)を初年度とする「苓北町第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画」(以下「本計画」という。)を策定します。

本計画は、計画期間中に、団塊の世代が全員75歳以上となる令和7年(2025年)を迎えること、さらには団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年(2040年)を見据えて、これまでの取組の成果や課題の分析等を行い、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、最期まで尊厳をもって自分らしい生活を送ることができる社会の実現を目指して策定するものです。

2 計画の位置づけ

(1) 法的根拠

介護保険事業計画は、介護保険法第117条の規定に基づく「市町村介護保険事業計画」として策定する計画です。また、高齢者福祉計画は、老人福祉法第20条の8の規定に基づく「市町村老人福祉計画」として策定する計画です。

○「介護保険法」から抜粋

(市町村介護保険事業計画)

第百十七条 市町村は、基本指針に即して、三年を一期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画(以下「市町村介護保険事業計画」という。)を定めるものとする。

○「老人福祉法」から抜粋

(市町村老人福祉計画)

第二十条の八 市町村は、老人居宅生活支援事業及び老人福祉施設による事業(以下「老人福祉事業」という。)の供給体制の確保に関する計画(以下「市町村老人福祉計画」という。)を定めるものとする。

(2) 他計画との関係

本計画は、高齢者に関する施策全般について定めた総合的計画として、本町の特性を踏まえるとともに、上位計画である「苓北町振興計画『ふるさと苓北未来プラン』」と整合性を図りつつ策定するものです。

また、「苓北町地域福祉計画」をはじめ、「苓北町障がい者計画」「苓北町障がい福祉計画・障がい児福祉計画」等の関連計画と関係性を保持するものです。

さらに、「長寿・安心・くまもとプラン(熊本県高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画)」「熊本県保健医療計画」等とも整合を図りつつ作成するものです。

3 国の基本指針

第9期においては、第8期計画での目標や具体的な施策を踏まえ、令和7年（2025年）を目指した地域包括ケアシステムの整備、現役世代がさらに急減する令和22年（2040年）の双方を念頭に、高齢者人口や介護サービスのニーズを中長期的に見据えた位置づけとなることが求められます。国の基本指針における計画の見直しの主な内容は以下のとおりです。

(1) 介護サービス基盤の計画的な整備

① 地域の実情に応じたサービス基盤の整備

- ・ 中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していく必要
- ・ 医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加を踏まえ、医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化が重要
- ・ 中長期的なサービス需要の見込みをサービス提供事業者を含め、地域の関係者と共有し、サービス基盤の整備の在り方を議論することが重要

② 在宅サービスの充実

- ・ 居宅要介護者の在宅生活を支えるための定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの更なる普及
- ・ 居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することが重要
- ・ 居宅要介護者を支えるための、訪問リハビリテーション等や介護老人保健施設による在宅療養支援の充実

(2) 地域包括ケアシステム深化・推進に向けた取組

① 地域共生社会の実現

- ・ 地域包括ケアシステムは地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得るものであり、制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、地域住民や多様な主体による介護予防や日常生活支援の取組を促進する観点から、総合事業の充実を推進
- ・ 地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備を図るとともに、重層的支援体制整備事業において属性や世代を問わない包括的な相談支援等を担うことも期待
- ・ 認知症に関する正しい知識の普及啓発により、認知症への社会の理解を深めることが重要

② 医療・介護情報基盤の整備

- ・ デジタル技術を活用し、介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための医療・介護情報基盤の整備

③ 保険者機能の強化

- ・ 給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化

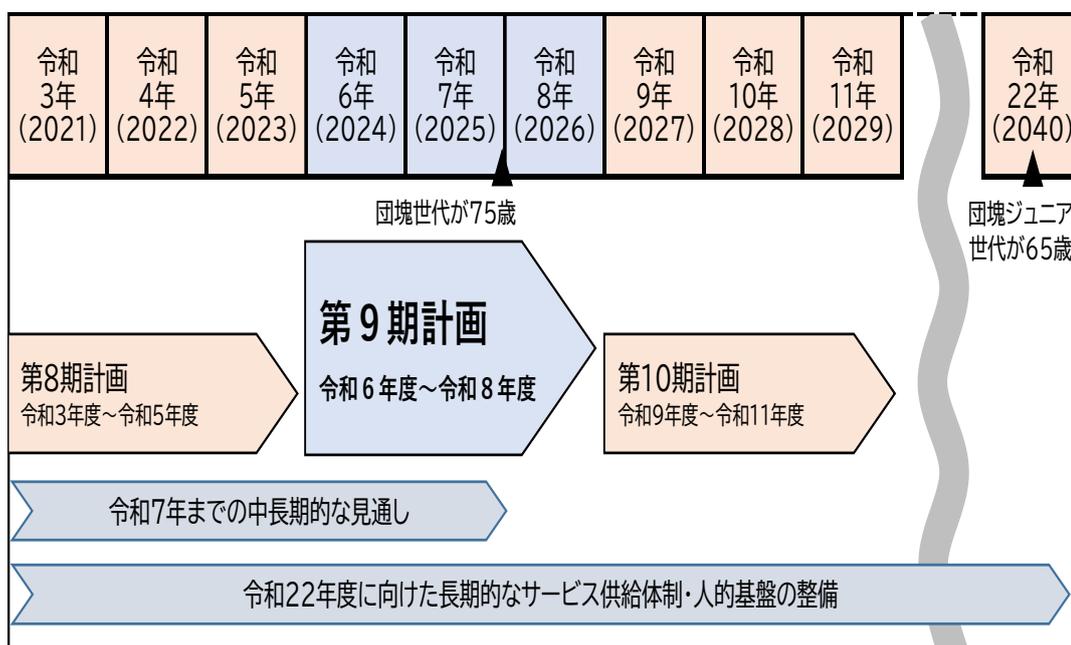
(3) 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上

- ・介護人材を確保するため、処遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による離職防止、外国人人材の受入環境整備などの取組を総合的に実施
- ・都道府県主導の下で生産性向上に資する様々な支援・施策を総合的に推進。介護の経営の協働化・大規模化により、人材や資源を有効に活用
- ・介護サービス事業者の財務状況等の見える化を推進

4 計画の期間

本計画は、国の新しい指針や本町における計画の進捗状況・現状把握等に基づいた第8期計画の見直しに基づき、令和6年度から令和8年度までの3年間を計画期間として策定します。

同時に、本計画期間中に、団塊の世代が全員75歳以上となる令和7年（2025年）を迎えること、さらには団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年（2040年）を見据えて、本町における高齢者支援・介護予防・介護サービスのあり方を包括的に整備するという視点から策定します。



5 計画の策定体制

(1) 各種調査の実施

本計画の策定に当たっては、本町の高齢者の現状について、既存のデータでは把握困難な生活の状況や潜在的なニーズを把握することを目的として、下記の調査を実施して計画策定の基礎資料としました。

調査名	目的
①介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	地域における要介護状態となる前の高齢者のリスクや社会参加状況などを把握
②在宅介護実態調査	在宅で生活している要支援・要介護者とその主な介護者の状況を把握

(2) 苓北町介護保険運営協議会における協議

本計画の策定にあたり、保健・医療・介護・福祉関係者、公益代表者、家族介護者、被保険者代表、サービス事業者、苓北町地域包括支援センター職員で構成される「苓北町介護保険運営協議会」において、計画素案の検討、協議を行いました。

(3) パブリックコメントの実施

町民の皆様の意見や提案を取り入れ、その意見などを反映させるために、令和6年2月1日から令和6年2月29日までパブリックコメントを実施しました。

6 日常生活圏域の設定

市町村は、地理的条件や人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備状況その他の条件を総合的に勘案し、地域包括ケアシステムを構築する区域を念頭においた上で、地域の実情に応じた日常生活圏域を定めることとされています。

第8期計画では、地理的条件、人口、交通、その他の社会的条件、施設の整備の状況などを総合的に勘案し、第7期計画に引き続いて町全体を1つの圏域としました。

第9期計画においても、これまでの日常生活圏域の設定から変更を行わず、引き続き同じ日常生活圏域において計画の推進に努めることとします。

第2章

本町の高齢者を取り巻く現状

第2章 本町の高齢者を取り巻く現状

1 人口の状況

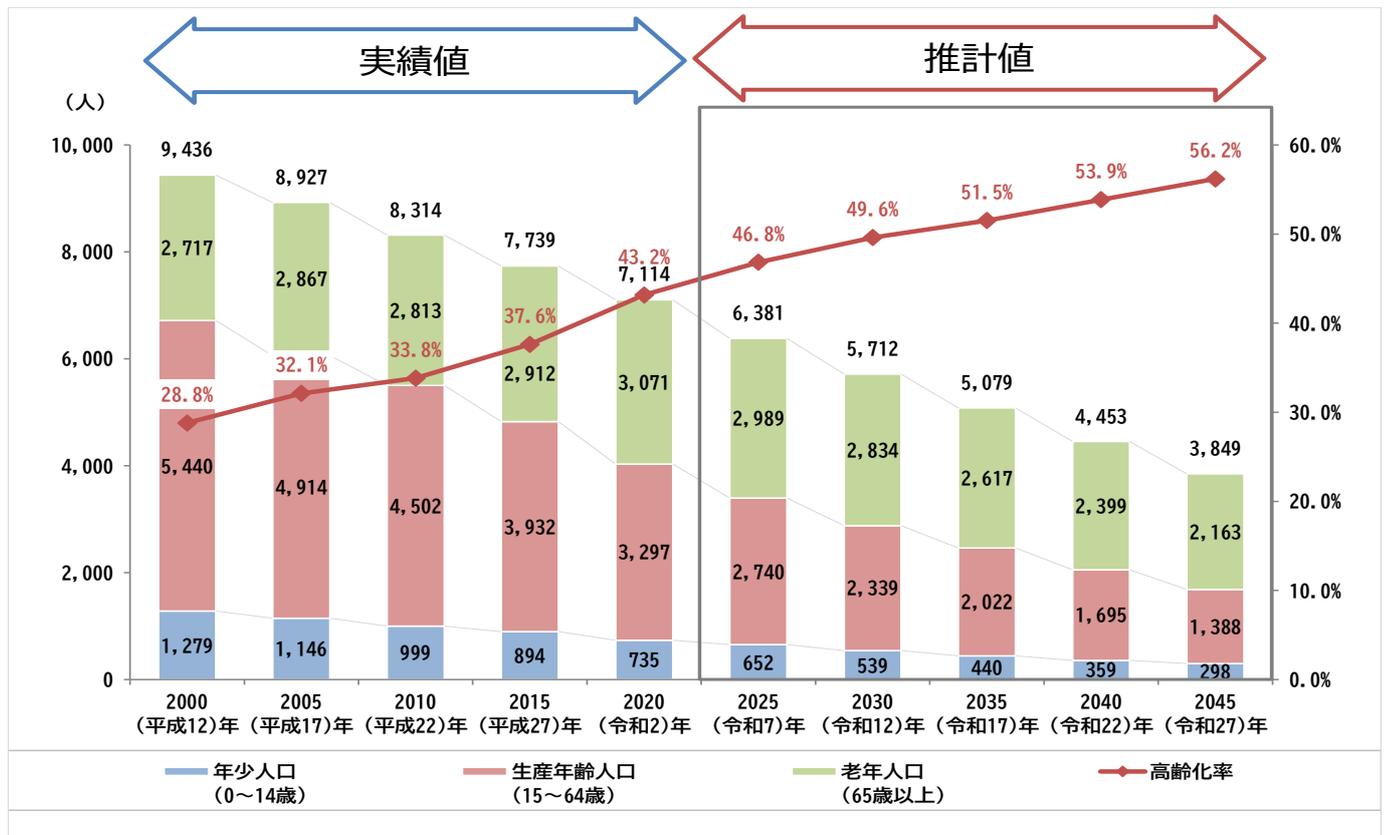
(1) 人口と高齢化率の推移と推計

国勢調査による令和2年における本町の総人口は7,114人となっており、平成27年と比較すると625人減少しています。また、今後の人口推計では、人口は更に減少していくことが予測され、令和22年(2040年)には5,000人を下回る見込みとなっています。

一方、高齢化率は増加を続け、令和17年(2035年)には50%を超える推計となっています。

本町では、高齢化による「医療と介護の両方を必要とする人の増加」、「認知症高齢者の増加」、「担い手不足」など、高齢化の進展が著しい市町村と同様の課題がでてきています。また、核家族化や町外・県外への人口の流出が進むと、地域の繋がりも希薄化していくことが危惧されます。

【年齢3区分別人口及び高齢化率の推移】

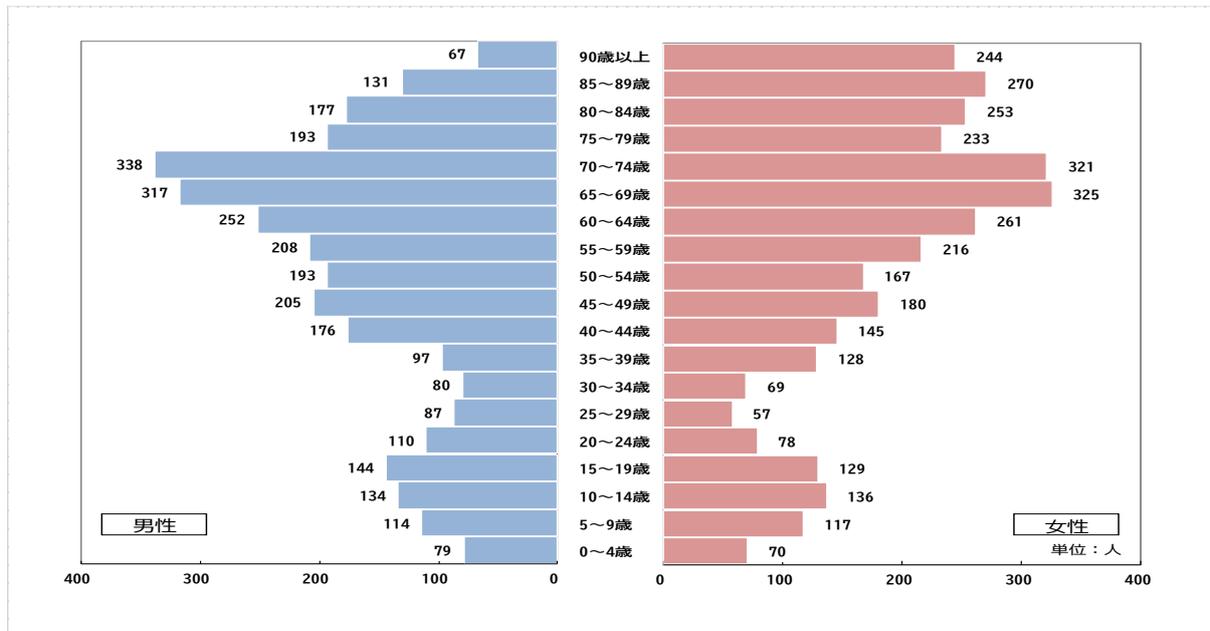


出典：国勢調査（平成12年～令和2年）、社人研（令和7年～令和27年）

(2) 人口ピラミッド

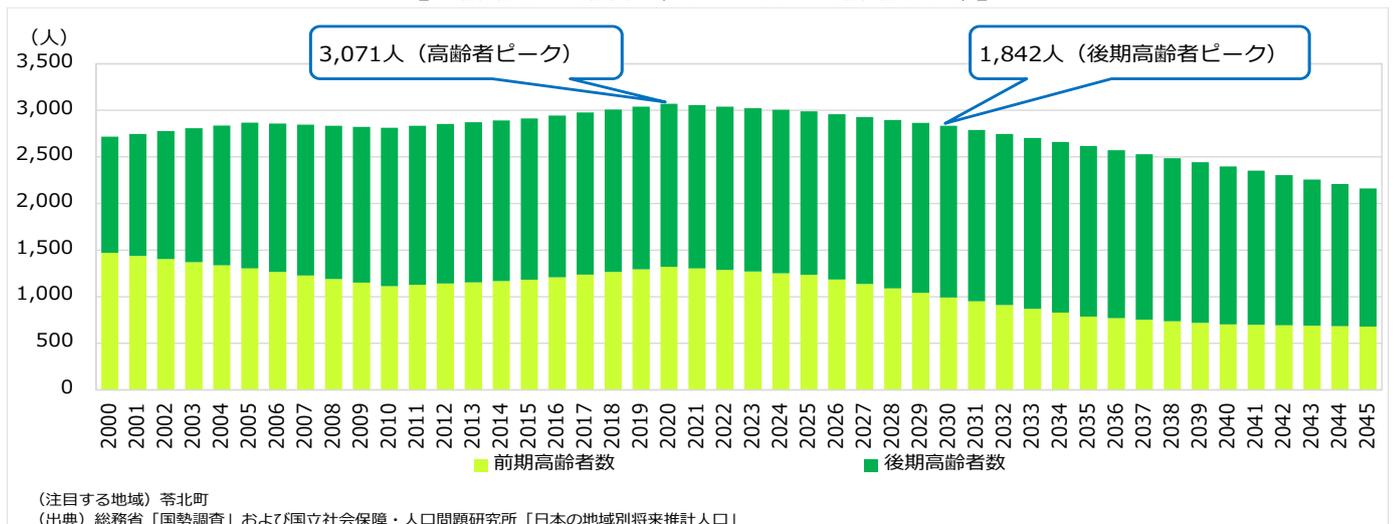
本町の人口を年齢階層別にみると、男女ともに65～74歳の層が多くなっています。今後、5年間でさらに高齢化が進むと75歳以上の高齢化が増加することが見込まれます。

【人口ピラミッド（令和5年1月1日現在）】



出典：令和5年1月1日 住民基本台帳

【高齢者数の推計（前期・後期高齢者数別）】



出典：地域包括ケア「見える化」システム（令和5年12月21日取得）

2 世帯の状況

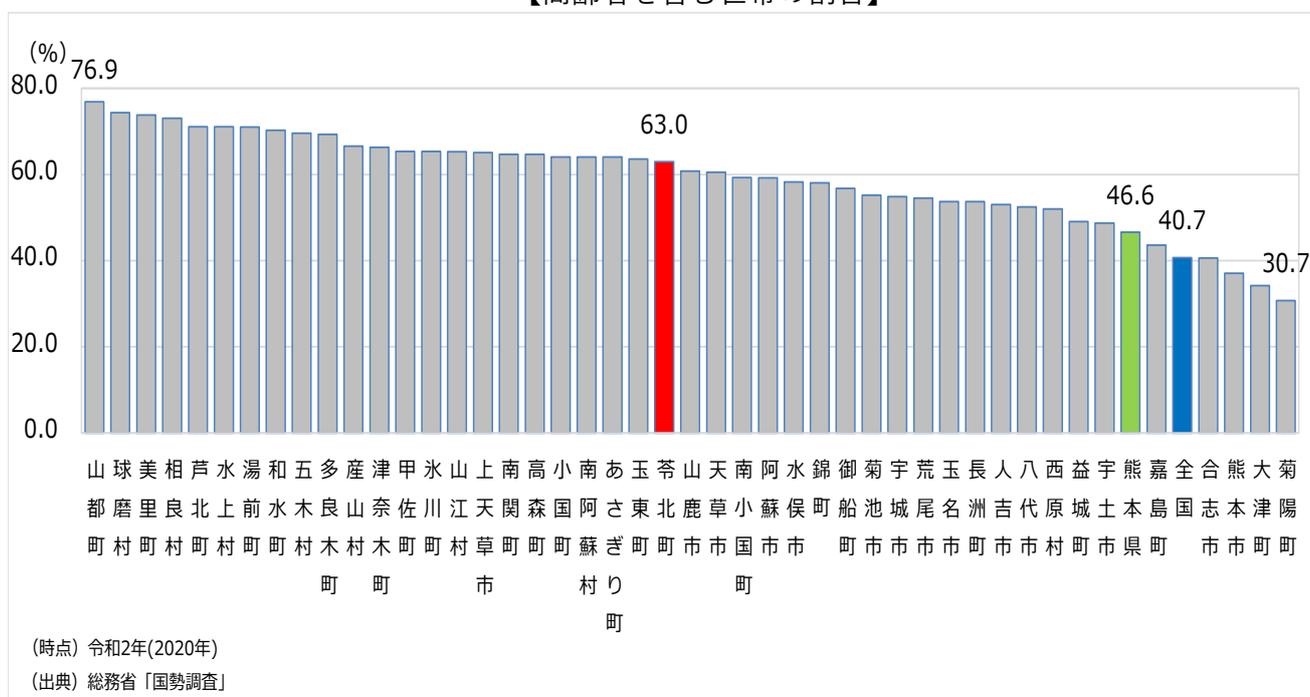
(1) 高齢者を含む世帯の割合

高齢者の世帯の状況では、「高齢者を含む世帯の割合」、「高齢独居世帯の割合」、「高齢夫婦世帯の割合」のそれぞれにおいて、国・県の割合を上回っています。

また、「高齢者を含む世帯の割合」では、熊本県の中では中位に位置していますが、「高齢夫婦世帯の割合」では県内でも高位に位置しています。

これらのことから、ひとり暮らしの高齢者の増加による影響が考えられるため、「生活支援ニーズの多様化・増加」や「老々介護」などの課題への対応が必要となります。

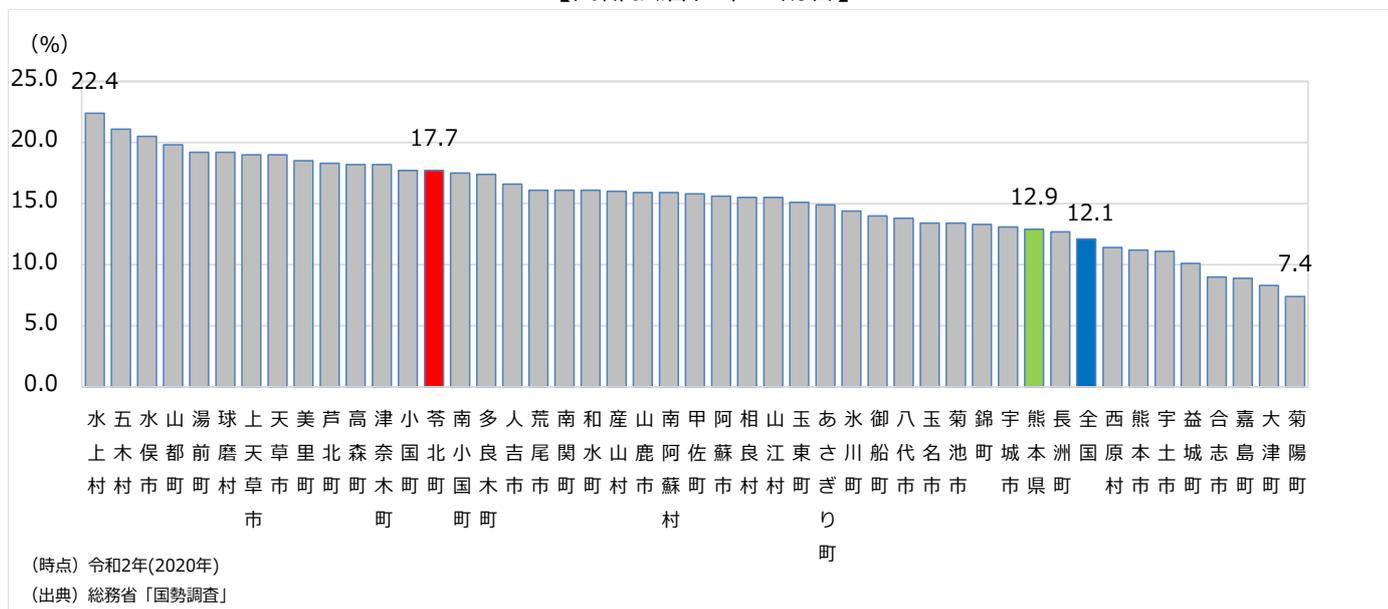
【高齢者を含む世帯の割合】



出典：地域包括ケア「見える化」システム（令和5年12月21日取得）

(2) 高齢独居世帯の割合

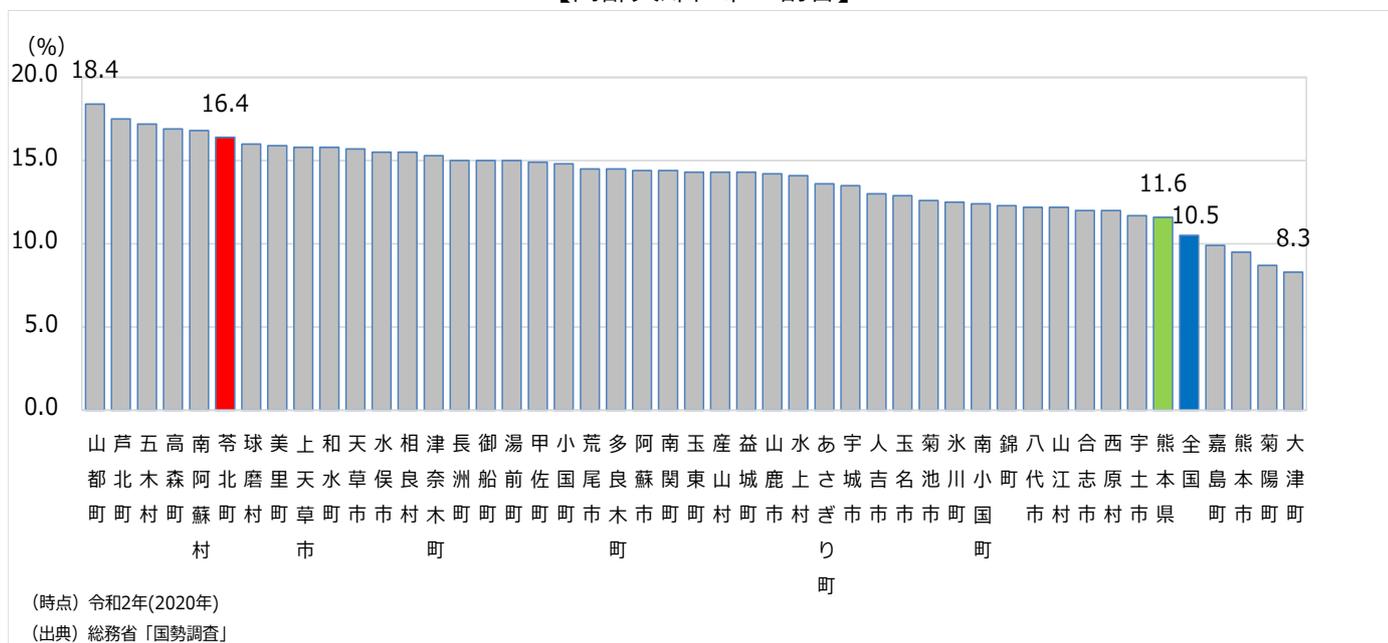
【高齢独居世帯の割合】



出典：地域包括ケア「見える化」システム（令和5年12月21日取得）

(3) 高齢夫婦世帯の割合

【高齢夫婦世帯の割合】

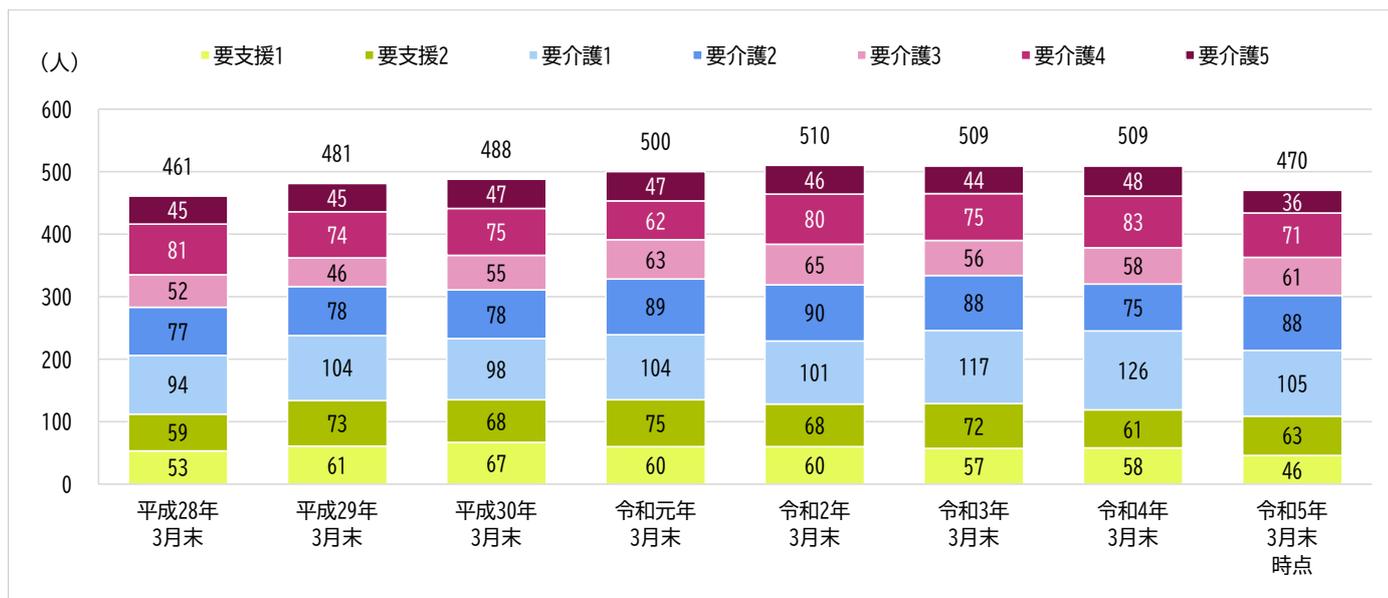


出典：地域包括ケア「見える化」システム（令和5年12月21日取得）

3 認定者の状況

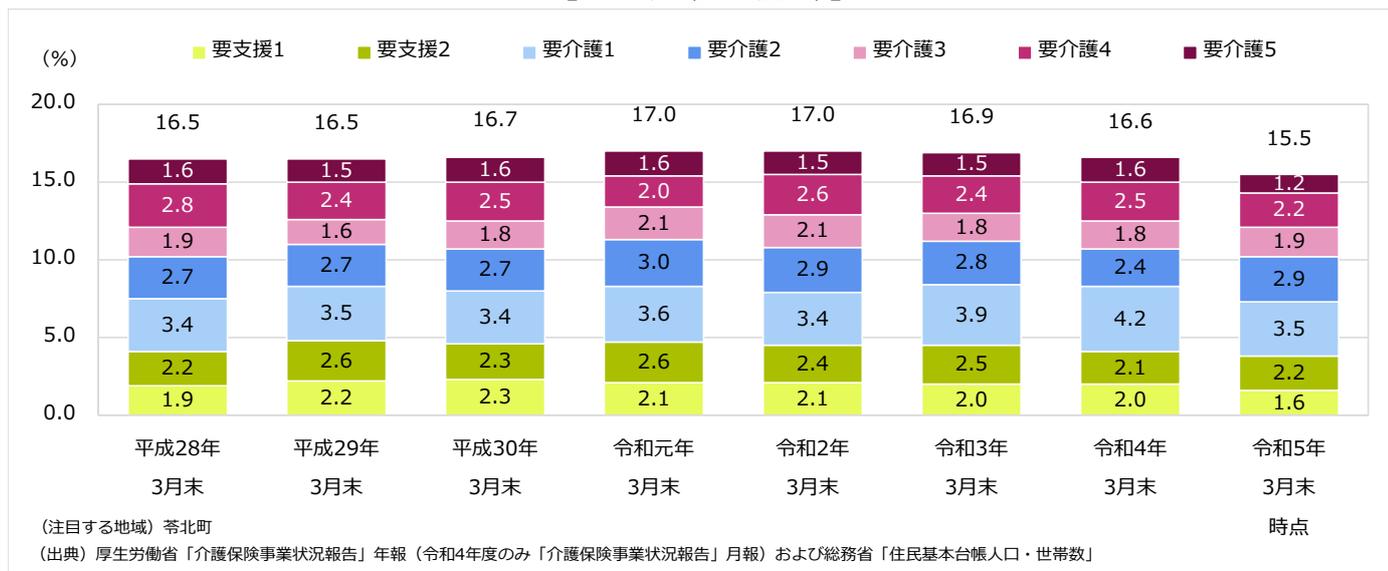
認定者の推移では、平成28年の461人からほぼ横ばいで推移していますが、令和5年より減少しています。認定率の推移においても、平成28年の16.5%からほぼ横ばいで推移していますが、令和5年では減少傾向となっており、15.5%となっています。

【要介護認定者数の推移】



出典：地域包括ケア「見える化」システム（令和5年12月21日取得）

【認定率（要介護別）】



出典：地域包括ケア「見える化」システム（令和5年12月21日取得）

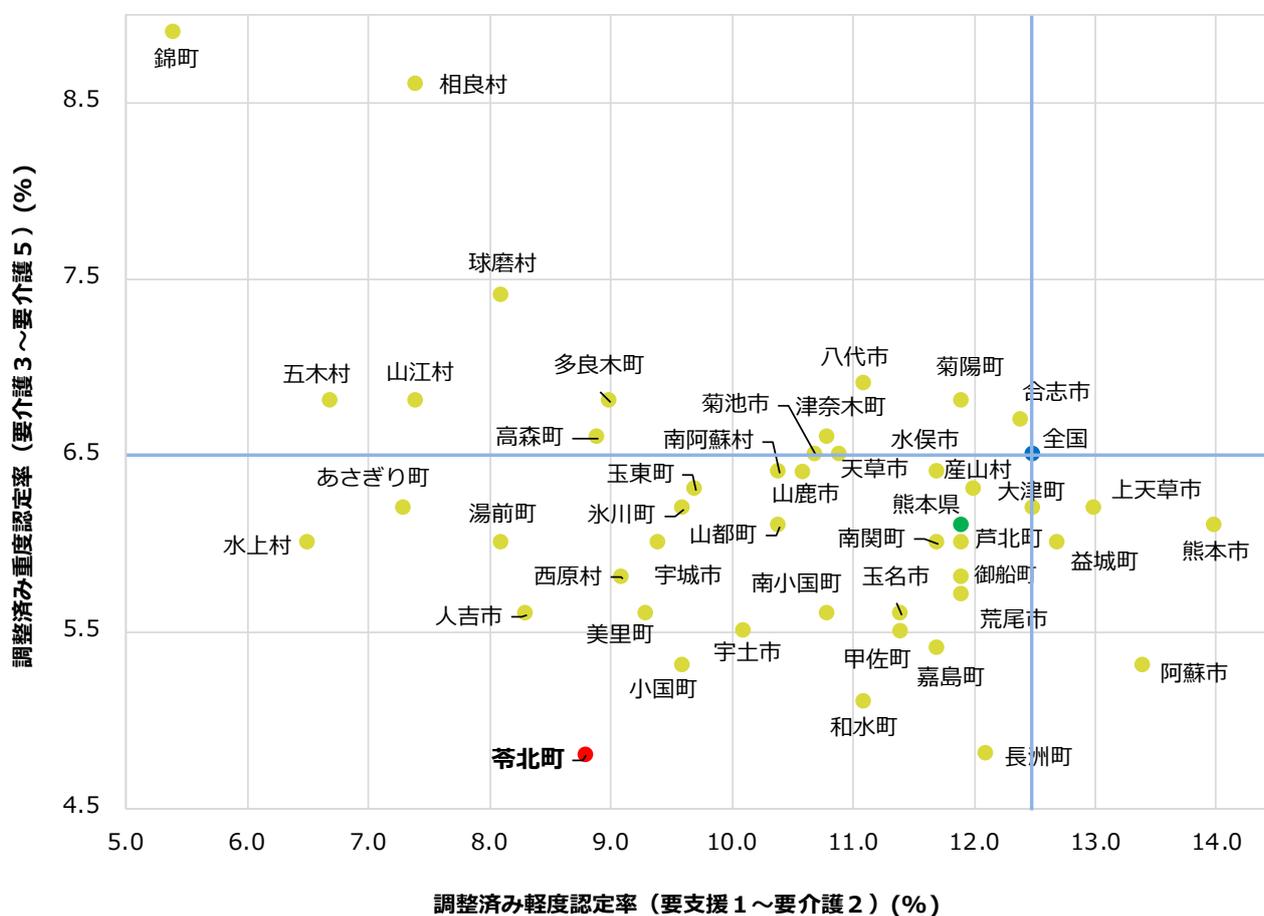
4 介護給付費等の地域分析

(1) 認定率

重度認定率と軽度認定率の分布をみると、重度認定率では国及び県より低く、県内各市町村と比較して最も低くなっています。軽度認定率においても、国及び県より低く、県内各市町村の中でも低位に位置しています。

【重度認定率と軽度認定率の分布】

調整済み重度認定率と調整済み軽度認定率の分布（令和4年(2022年)）



(時点) 令和4年(2022年)

(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報(令和4年度のみ「介護保険事業状況報告」月報)および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」

出典：地域包括ケア「見える化」システム(令和5年12月21日取得)

(2) 介護サービスの状況

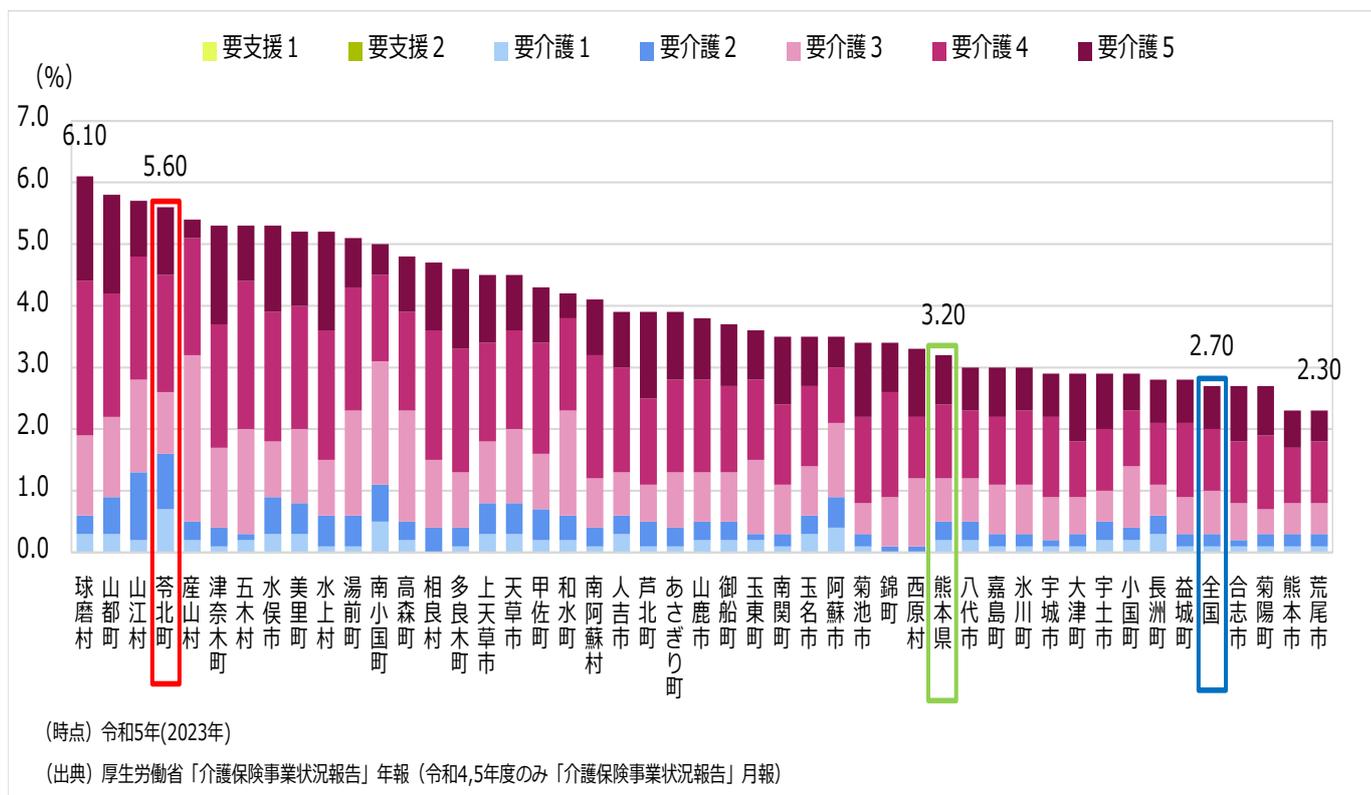
①受給率

受給率をみると、施設サービス及び居住系サービスでは、国・県及び県内の他市町村と比較して高い水準にあります。

在宅系サービスでは、国・県及び県内の他市町村と比較して低い水準にあります。

これらのことから、これまでの介護予防の取組の効果が表れていると考えられます。

【施設サービスの受給率（要介護度別）】

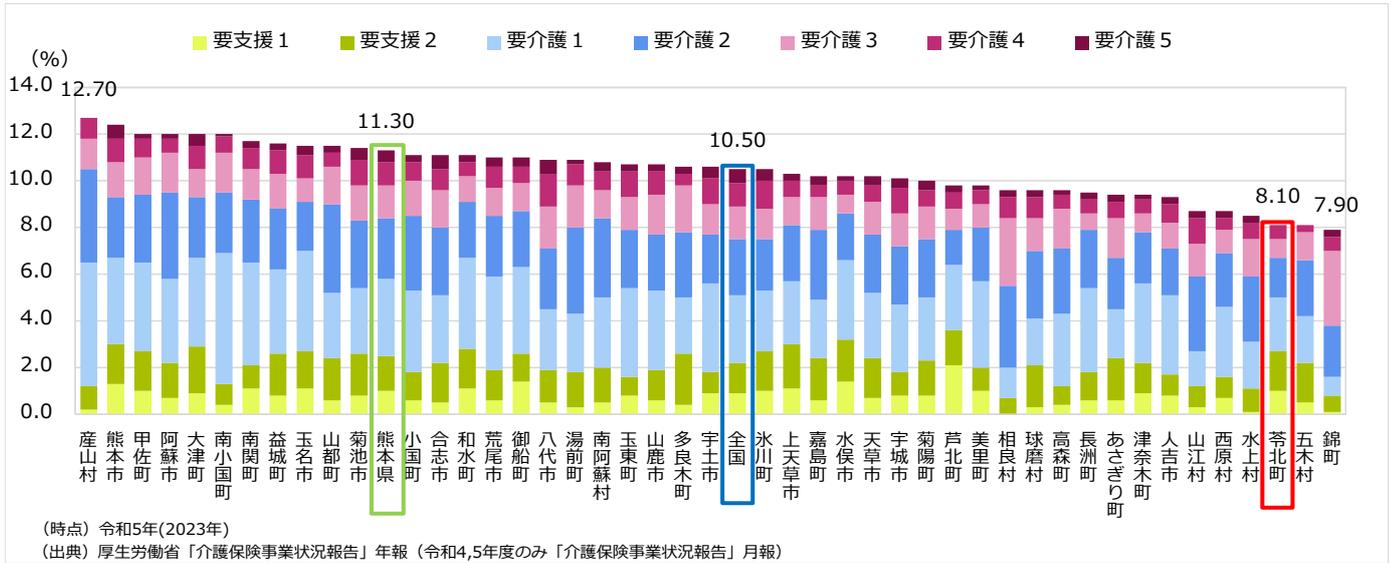


出典：地域包括ケア「見える化」システム(令和5年12月21日取得)

【施設サービス】

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院

【在宅系サービスの受給率（要介護度別）】

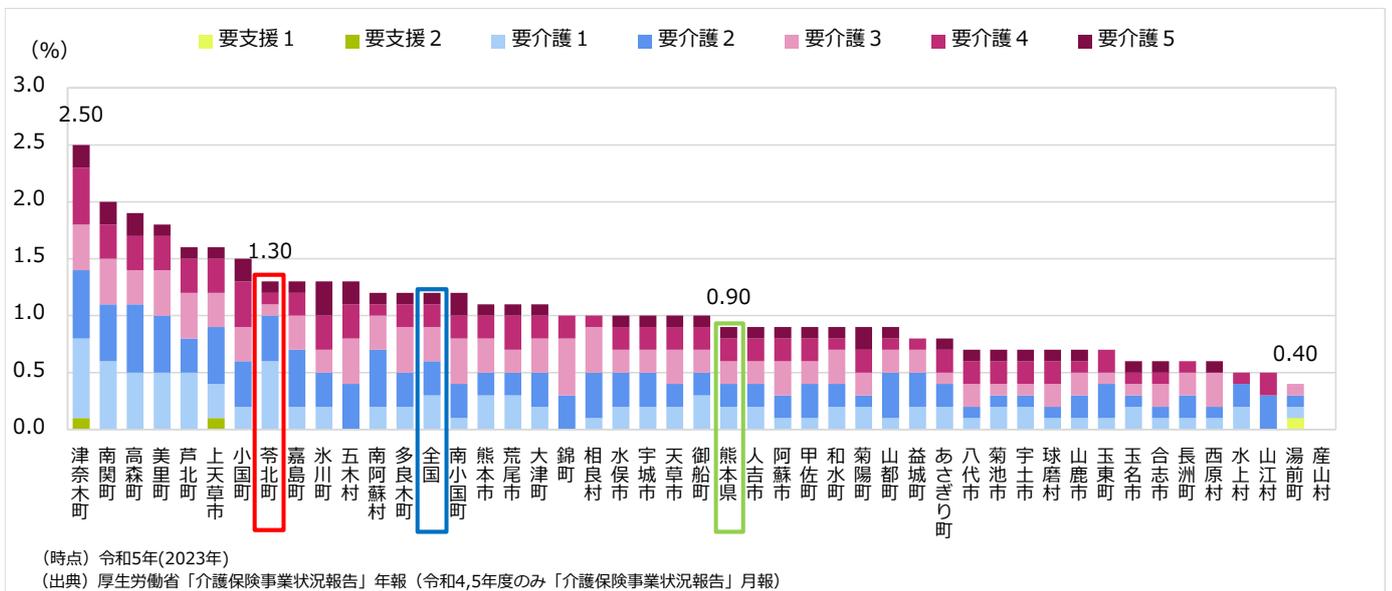


出典：地域包括ケア「見える化」システム（令和5年12月21日取得）

【在宅系サービス】

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション
 短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与、特定福祉用具販売、住宅改修、居宅介護支援

【居住系サービスの受給率（要介護度別）】



出典：地域包括ケア「見える化」システム（令和5年12月21日取得）

【居住系サービス】

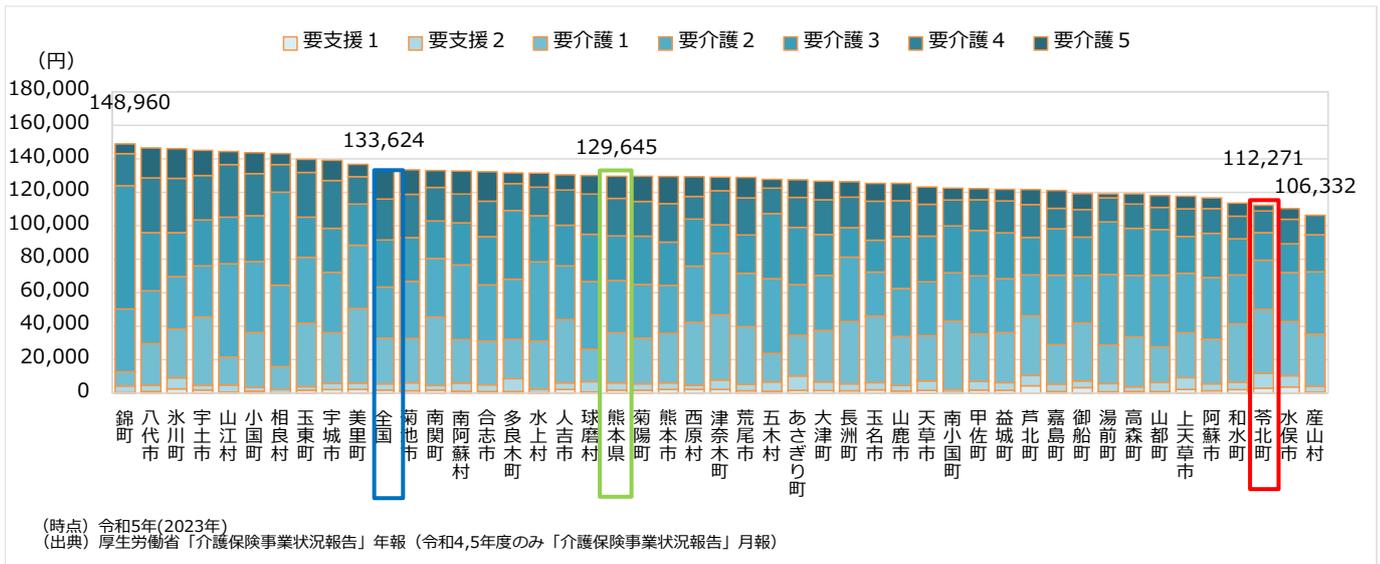
特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム）
 認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）

②受給者1人当たり給付月額

受給者1人当たりの給付月額では、在宅及び居住系サービス、在宅サービスともに国・県及び県内の他市町村と比較してかなり低い水準にあります。

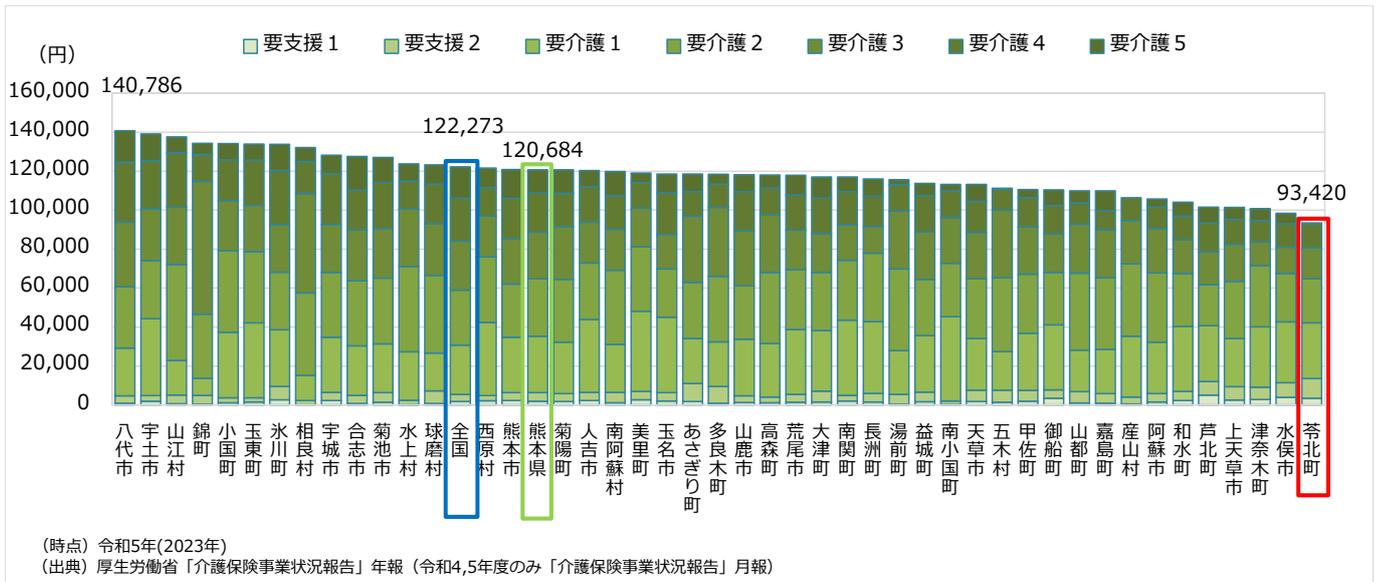
給付費の上昇については、介護度が上がることに伴う複数のサービス利用、利用回数の増加などが考えられるため、ケアプランの点検など介護給付費の適正化への取組が必要となっています。

【在宅及び居住系サービスの受給者1人当たり給付月額（要介護度別）】



出典：地域包括ケア「見える化」システム(令和5年12月21日取得)

【在宅サービスの受給者1人当たり給付月額（要介護度別）】



出典：地域包括ケア「見える化」システム(令和5年12月21日取得)

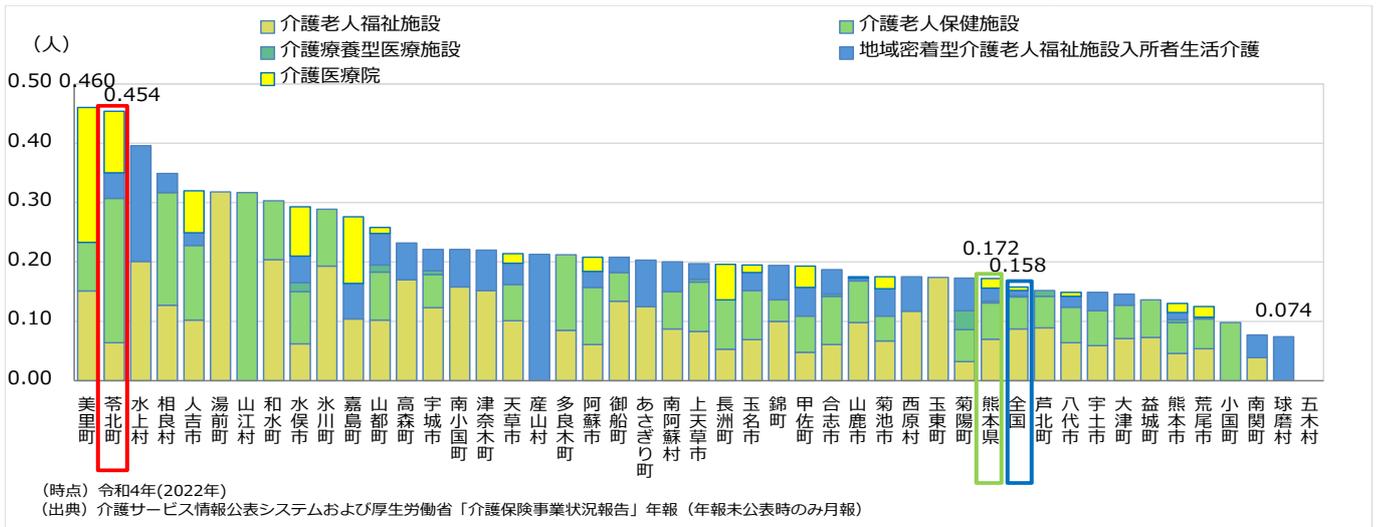
③ 1人当たり定員

要支援・要介護1人当たり定員（各施設サービスの定員／認定者数）をみると、施設サービスでは、国・県及び県内の他市町村と比較してかなり高い水準にあります。

居住系サービスでは、全国より低く、県よりは高い水準で、県内では高位に位置しています。

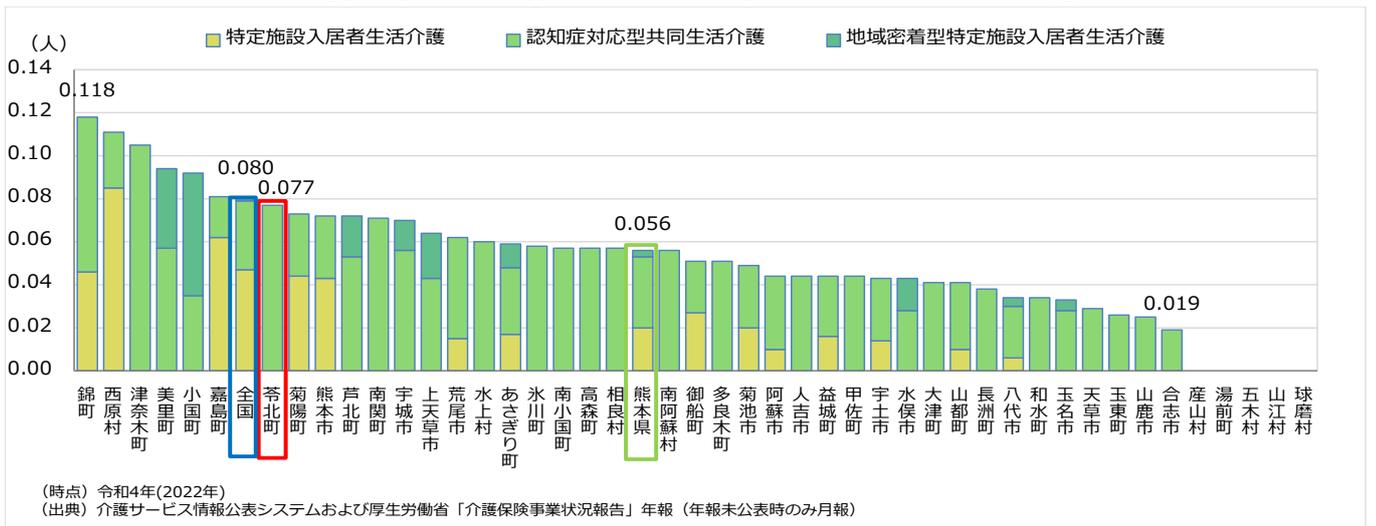
通所系サービスでは、国・県より高く、県内では高位に位置しています。

【要支援・要介護者1人当たり定員（施設サービス別）】



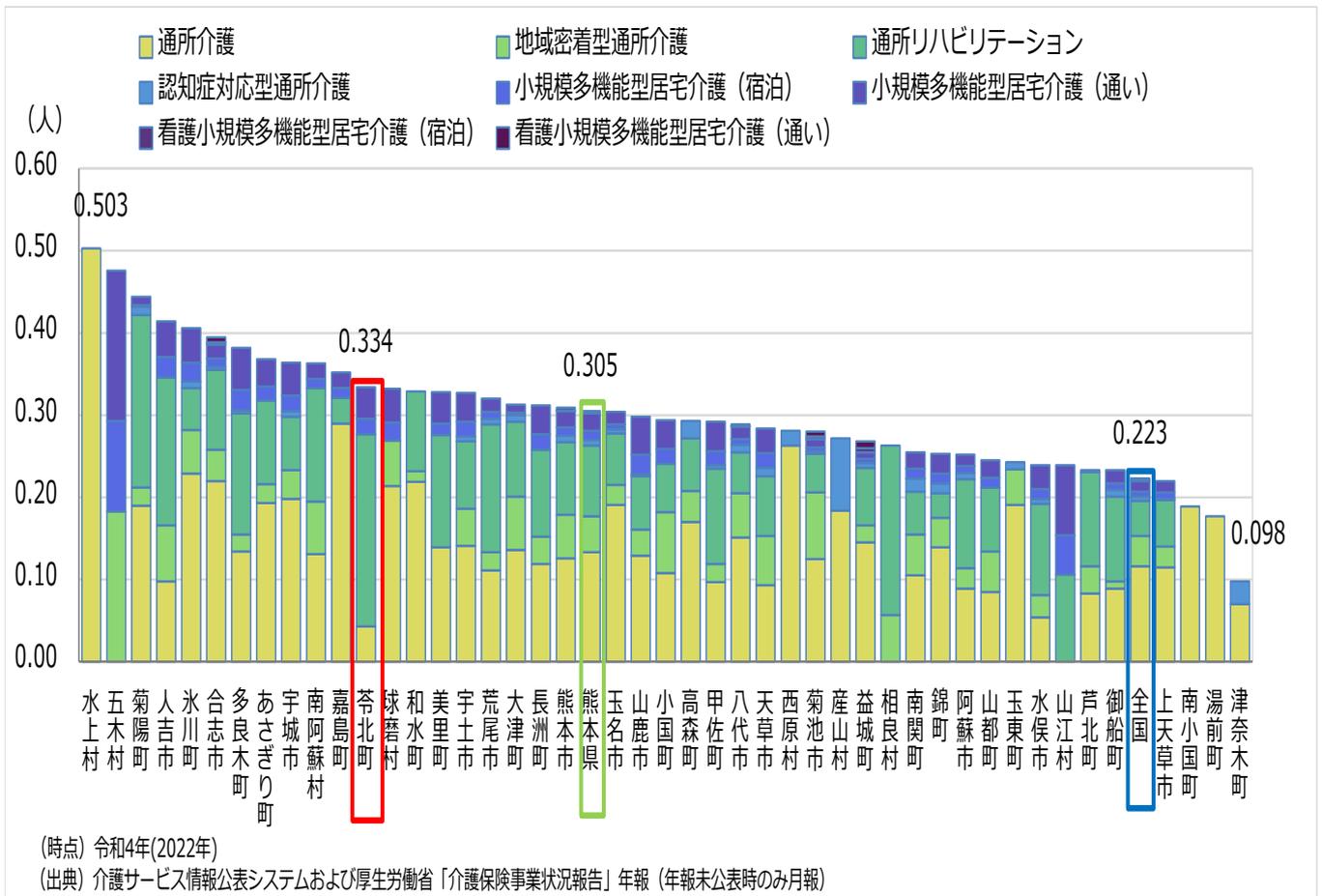
出典：地域包括ケア「見える化」システム(令和5年12月21日取得)

【要支援・要介護者1人当たり定員（居住系サービス別）】



出典：地域包括ケア「見える化」システム(令和5年12月21日取得)

【要支援・要介護者1人あたり定員（通所系サービス別）】



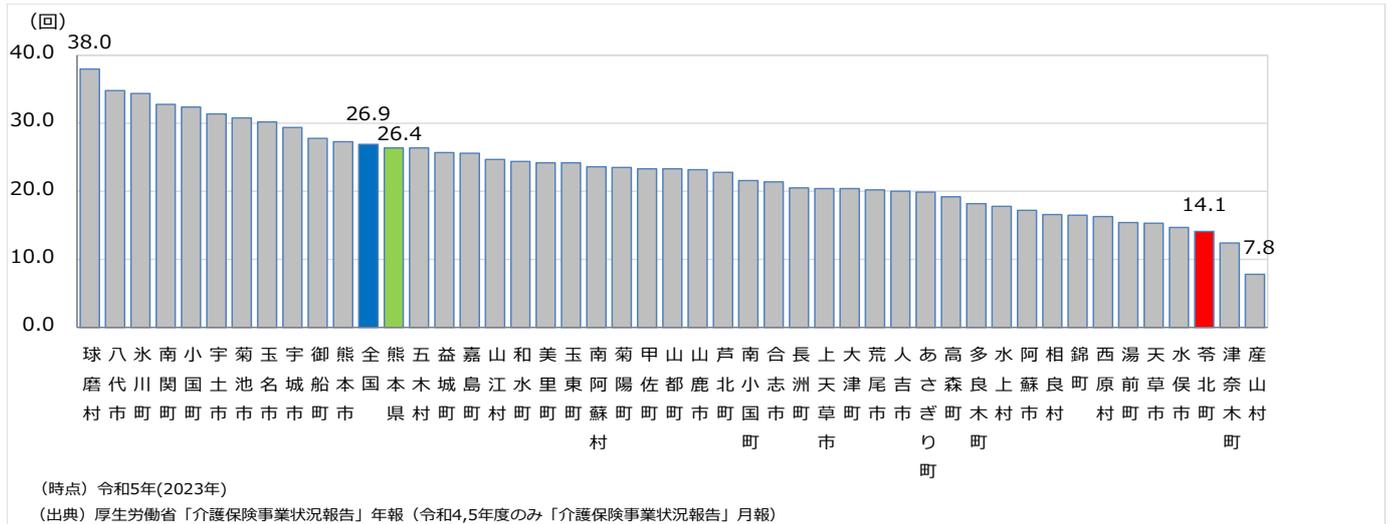
出典：地域包括ケア「見える化」システム（令和5年12月21日取得）

④ 1人当たり利用日数・回数

受給者1人当たりの利用日数・回数をみると、訪問介護サービスでは、国・県及び県内の他市町村と比較して低い水準にあります。

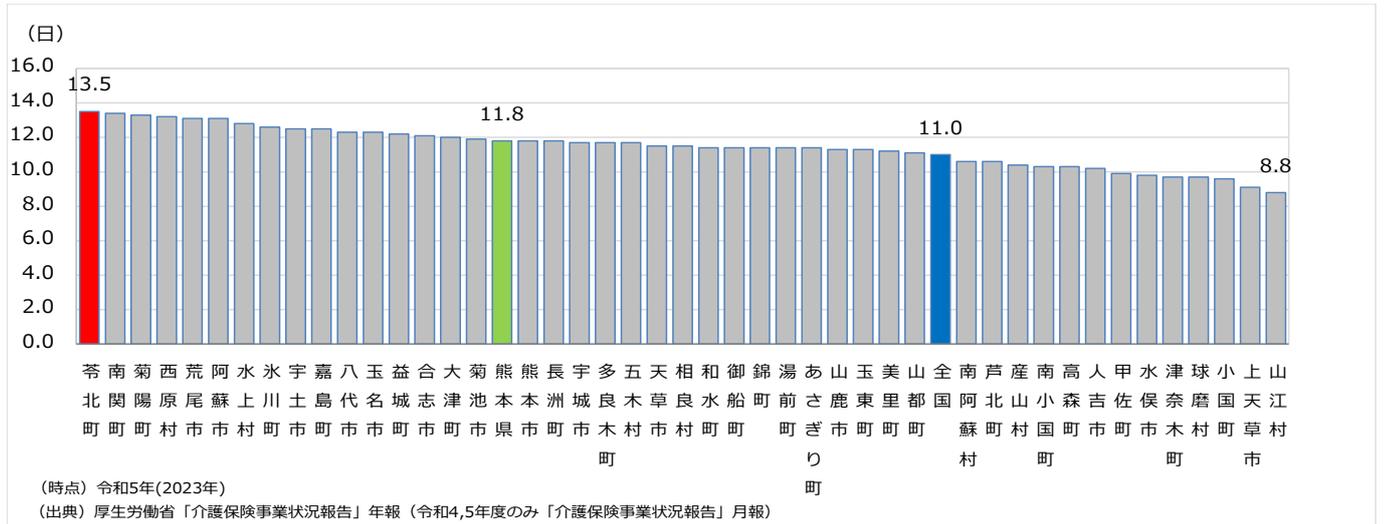
通所介護サービスでは、国・県より高く、県内でも最も高い水準となっています。

【受給者1人当たり利用日数・回数（訪問介護）】



出典：地域包括ケア「見える化」システム(令和5年12月21日取得)

【受給者1人当たり利用日数・回数（通所介護）】



出典：地域包括ケア「見える化」システム(令和5年12月21日取得)

5 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査に見る現状と課題

本計画の策定にあたり、既存データでは把握困難な高齢者の実態や意識・意向を調査・分析し、計画策定の基礎資料とすることを目的とし、町内在住の高齢者に向けて、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査及び在宅介護実態調査を実施しました。

(1) 調査の実施要領

介護予防・日常生活圏域 ニーズ調査	調査対象者	苓北町在住の介護保険被保険者で、要介護認定を受けていない65歳以上の方
	調査方法	郵送による配布・回収
在宅介護実態調査	調査対象者	認定更新及び区分変更申請を行い、要介護・要支援認定（第2号被保険者を除く）の結果の出た方
	調査方法	郵送による配布・回収

(2) 調査数及び回答数

介護予防・日常生活圏域 ニーズ調査	配布数	1,000件
	回答数	707件
	回収率	70.7%
在宅介護実態調査	配布数	—
	回答数	56件
	回収率	—

(3) 調査結果利用上の注意

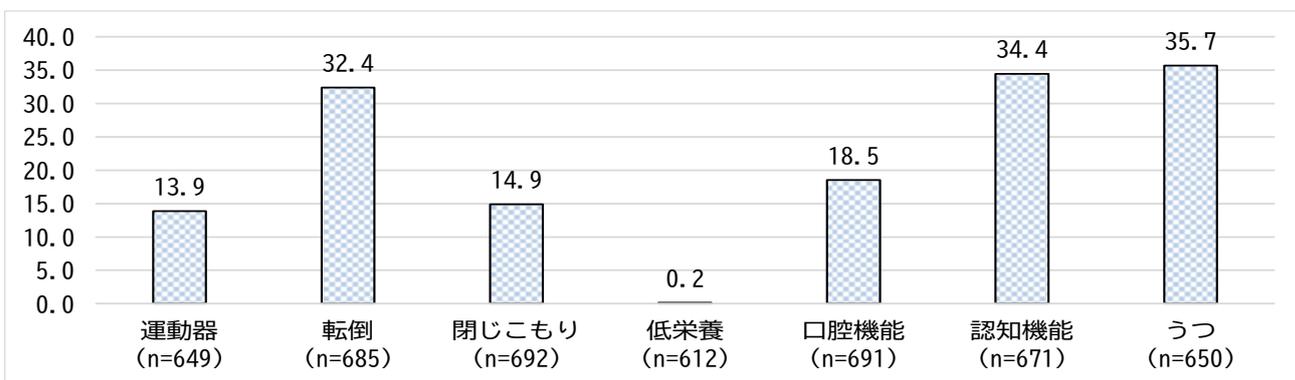
- ・各設問のn＝は、回答者数を表しています。
- ・回答率は百分比の小数点第2位を四捨五入しているため、合計が100%にならない場合があります。
- ・2つ以上の回答を要する（複数回答）質問の場合、選択肢ごとの割合を合計すると100%を超える場合があります。
- ・数表・図表は、スペースの都合上、文言や数値等を省略している場合があります。
- ・サンプル数が30を下回るものは参考値としてご覧ください。

(4) リスク発生状況

高齢者の状態を、運動器機能リスク、低栄養リスク、口腔機能リスク、閉じこもりリスク、認知機能リスク、うつリスク、転倒リスクの7項目の生活機能評価をしました。

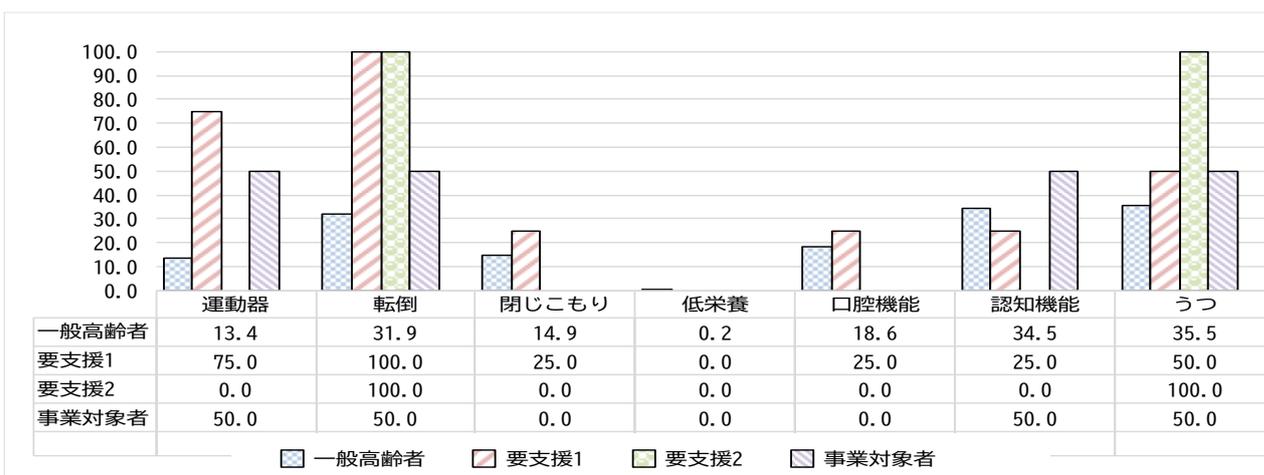
各種リスクの該当者は、「うつリスク」が35.7%と最も高く、次いで、「認知機能リスク」が34.4%、「転倒リスク」が32.4%、「口腔機能リスク」が18.5%、「閉じこもりリスク」が14.9%、「運動器機能リスク」が13.9%となっています。「低栄養リスク」は0.2%とリスクの該当者は少なくなっています。

■全体



各種リスクの認定区別発生状況を見ると、「要支援1」、「要支援2」、「総合事業対象者」では、サンプル数が少なく数字をみるには注意が必要となっていますが、結果は以下のとおりです。

■認定区別



	運動器	転倒	閉じこもり	低栄養	口腔機能	認知機能	うつ
一般高齢者	n=642	n=678	n=685	n=605	n=684	n=664	n=643
要支援1	n=4						
要支援2	n=1						
総合事業対象者	n=2						

リスク項目	リスク該当者の出現率の低減に向けた方策や今後の事業展開等
運動器	<p>運動器機能の低下が「外出」に影響し、社会参加の機会を減らすことにもつながってくると考えられるため、継続した運動器機能を維持するための対策が必要となります。</p> <p>また、運動器機能が低下している人が参加しやすいよう、交通手段の確保や開催場所などにも検討が必要となっています。</p>
低栄養	<p>一般的に経済的困窮が低栄養傾向のリスクに影響があるといわれています。生活が苦しい人に対して、総合事業対象者となる前の配食サービスの利用の啓発などターゲットを絞った支援が必要と考えられます。</p> <p>食事がしづらいと感じている人（硬い物が食べにくい、歯が少ない、入れ歯を利用）が低栄養のリスクに影響していると考えられるため、食事がしやすくなるために咀嚼（そしゃく）や嚥下等の口腔機能低下を防止する取組への参加を促す必要があると考えられます。</p>
口腔機能	<p>高齢者は、加齢とともに歯が欠損したり、舌の運動機能や咀嚼能力が低下したりと、口腔での問題が生じやすくなります。本町においても、口腔機能のリスク該当者の割合が高くなっています。</p> <p>このため、口腔機能が低下する前から口腔機能や歯の重要性について周知するとともに、口腔環境を整える効果的な手法や歯科健診の受診勧奨、訪問歯科の利用についても更なる周知に努める必要があると考えられます。</p>
閉じこもり	<p>閉じこもり傾向のリスク該当者には、趣味・生きがいが見つからない人や、気分が沈んだり憂うつな気持ちになる、物事に対して興味がわからない・心から楽しめないといった人のリスク該当者の割合が高くなっています。</p> <p>閉じこもりの改善を行うには、高齢者が何に興味を持っているのかなどニーズを把握し、無理なく関係するところへ外出することができるように動機付けていくことが求められます。</p> <p>このためには、自治会長、民生委員・児童委員や様々な関係団体と協力した支援体制づくりも必要になると考えられます。</p>

リスク項目	リスク該当者の出現率の低減に向けた方策や今後の事業展開等
認知機能	<p>加齢や外出の頻度が少ない、趣味が思いつかない、生きがいと思いつかない人がリスクに該当する割合が高くなることによって認知機能低下のリスク該当者となることがうかがえました。</p> <p>認知機能低下のリスク該当者に対して生活習慣病の予防や運動・外出といった支援とともに、目的や生きがいをもってもらえるように参加しやすいイベントや行事を行う必要があると考えられます。</p> <p>認知症は、少しでも早い段階で治療を始めることができれば、進行を遅らせることができると言われてしています。</p> <p>本人の自覚はないが、他人からの指摘はある場合があることから、認知症に対する理解促進を図るとともに、家族や周囲の人が、生活の様子がどこか変だと気づいたら、早期に地域包括支援センター等への相談につなげるよう、より一層啓発を進めることが必要であると考えられます。</p>
うつ	<p>うつ傾向のリスク該当者については、外出頻度が少ない人や趣味・生きがいがない人のリスク該当の割合が高くなっています。高齢者にはうつになりやすい要因や背景（配偶者や知人との死別、病気の罹患、経済的不安、加齢、社会的孤立など）が多く存在し、また、お互いが複雑に影響していると言われてしています。</p> <p>まずは、あらゆる機会を通して、うつに対する正しい知識の普及と高齢者の生きがいや孤立予防に繋がる活動・取組の充実が必要です。また、専門職による基本チェックリストの活用により、一人ひとりに合う支援の検討が必要になると考えられます。</p>
転倒	<p>転倒のリスク該当者は、加齢に伴って増加傾向にあります。これは筋力低下や平衡感覚の低下など加齢変化と疾病による歩行能力の低下によるものだと考えられます。また、転倒による骨折が、高齢者の生活に与える影響は大きく、閉じこもり、うつ、認知機能の低下にも繋がること分かっています。そのため、地域の集い、サロン等での介護予防の啓発や転倒予防に対する意識を高めることが重要です。また、外出や地域の集いへの参加の推進など、歩行能力の向上を行う必要があります。</p>

(5) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果（抜粋）

①週あたりの外出頻度

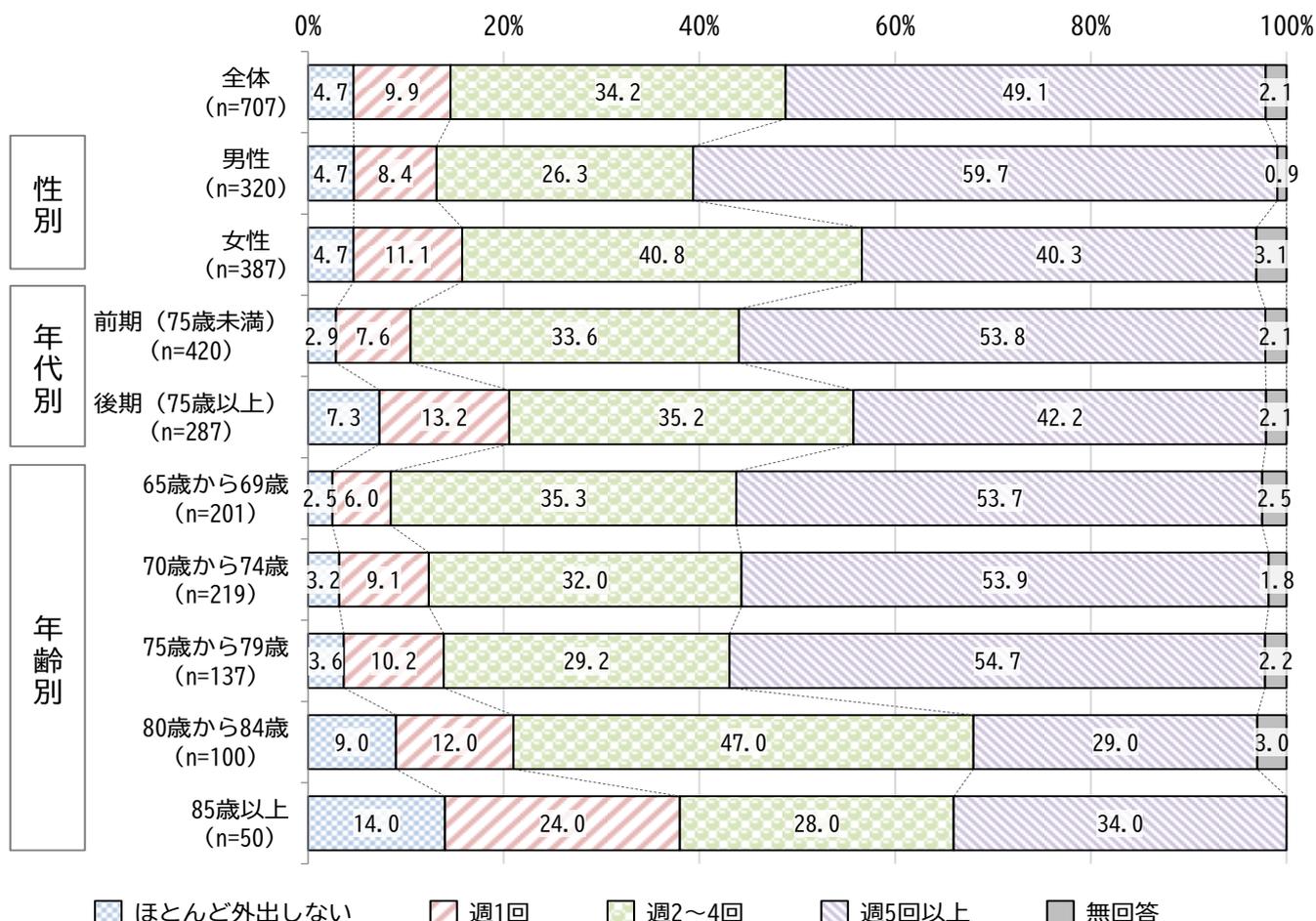
週に1回以上は外出していますか

外出の頻度については、「週5回以上」が49.1%と最も高く、次いで、「週2～4回」34.2%、「週1回」9.9%の順となっています。

性別でみると、「男性」では「週5回以上」が59.7%と6割近くとなっており、「女性」40.3%と比べて20ポイント近く高くなっています。また、「女性」では「週2～4回」が40.8%と「男性」26.3%と比べて10ポイント以上高くなっています。

年代別でみると、「週2回」以上の回答の割合が高くなっていますが、「週1回」以下の割合が、「後期（75歳以上）」では20.5%と「前期（75歳未満）」10.5%と比べて10ポイント以上高くなっています。

年齢別でも「週2回」以上の回答の割合が高くなっていますが、年齢が高くなるにつれて「週1回」以下の割合が高くなっており、「85歳以上」では38.0%と4割近くを占めています。



②昨年と比べた外出の頻度

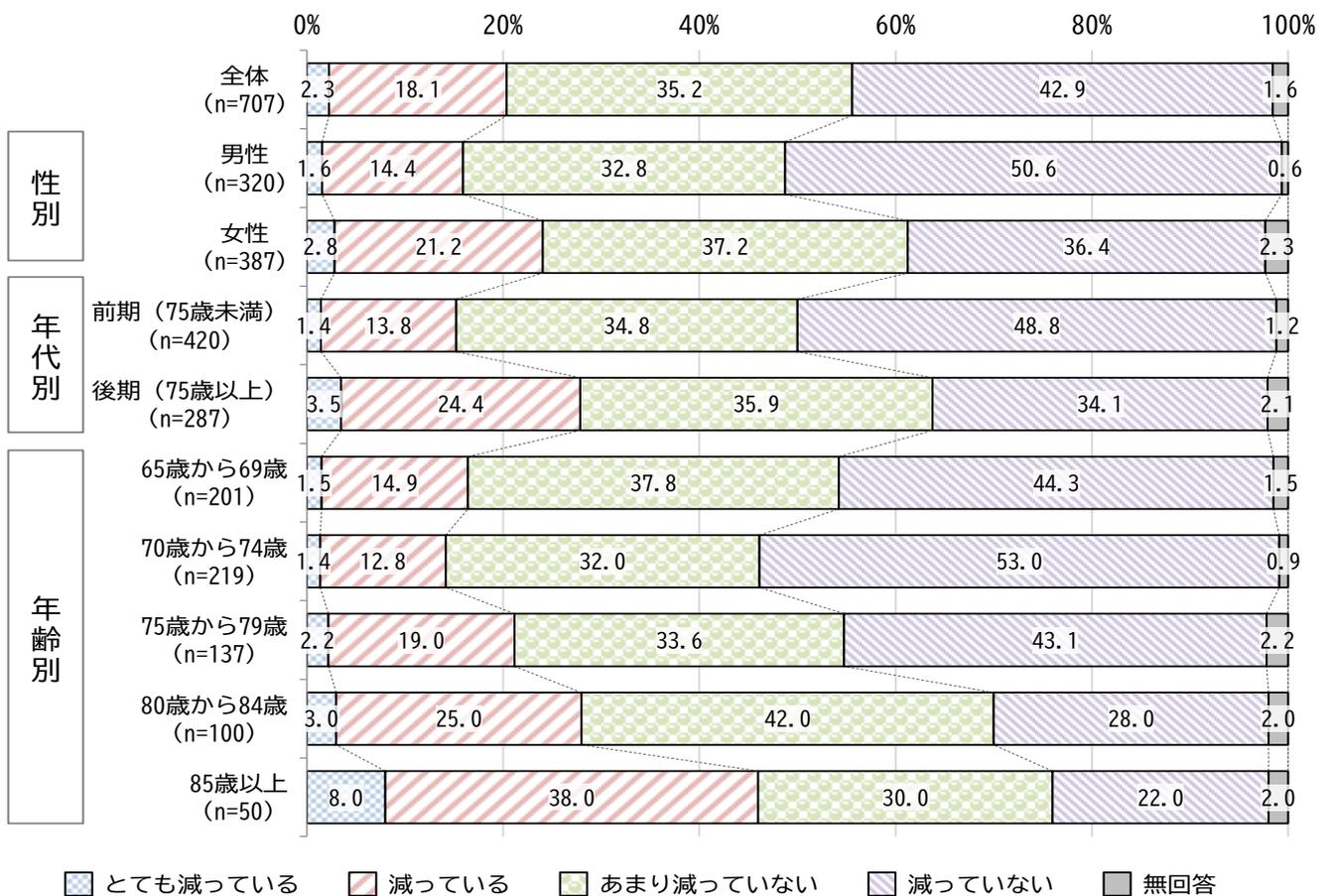
昨年と比べて外出の回数が減っていますか

昨年と比べて外出の頻度が減っているか尋ねたところ、「減っていない」が42.9%と最も高く、次いで「あまり減っていない」35.2%、「減っている」18.1%の順となっています。

性別でみると、「男性」では「減っていない」が50.6%と「女性」36.4%と比べて10ポイント以上高くなっています。

年代別でみると、「前期（75歳未満）」では「減っていない+あまり減っていない」が83.6%と「後期（75歳以上）」70.0%と比べて10ポイント以上高くなっています。

年齢別でみると、年齢が高くなるにつれて「とても減っている+減っている」が高くなっており、「85歳以上」では46.0%と4割強となっています。



③歯の数と入れ歯の利用状況

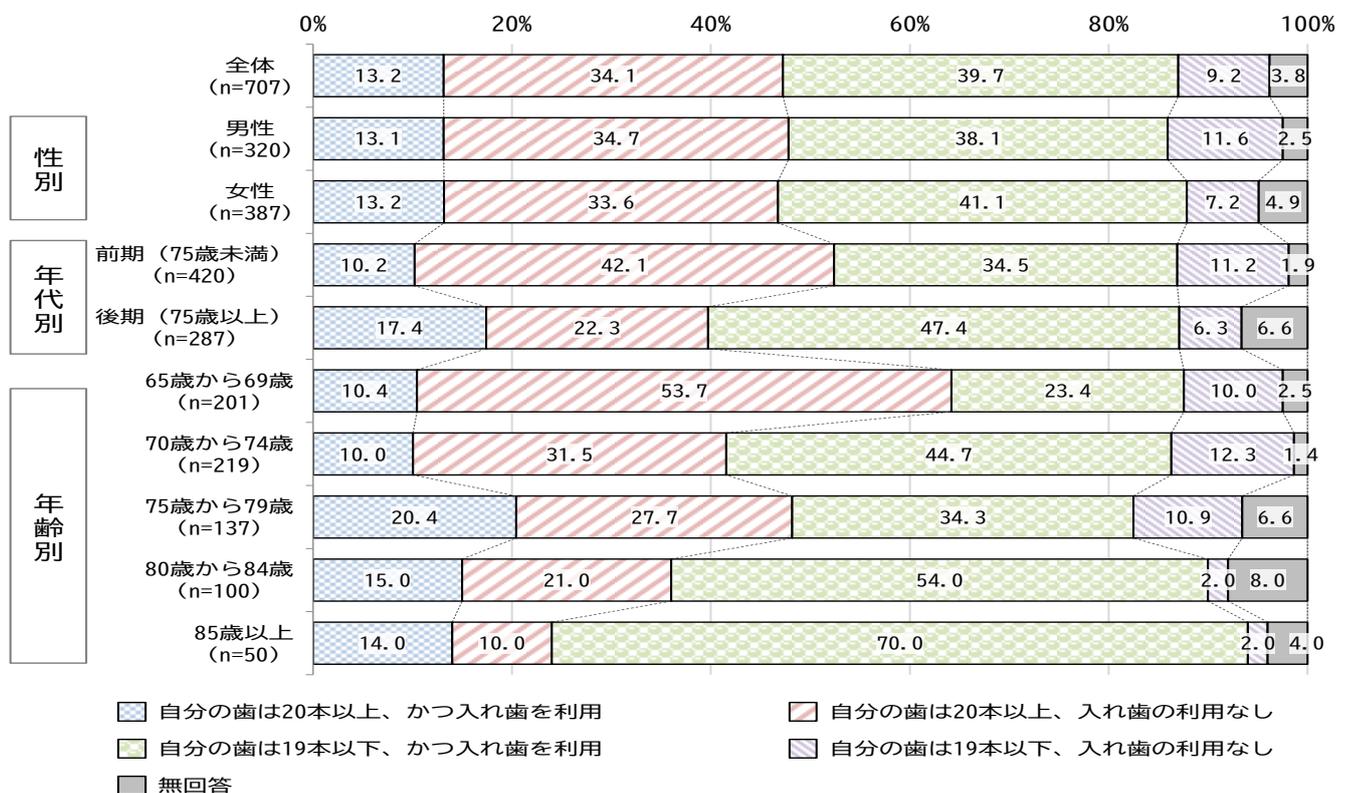
歯の数と入れ歯の利用状況をお教えてください

歯の数と入れ歯の利用状況については、「自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」が39.7%と最も高く、次いで、「自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし」34.1%、「自分の歯は20本以上、かつ入れ歯を利用」13.2%の順となっています。

性別では全体の結果と特に大きな差はみられませんでした。

年代別でみると、「後期（75歳以上）」では「前期（75歳未満）」と比べて「自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし」が低く、「自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」が高く、10ポイント以上差が生じています。

年齢別でみると、年齢が高くなるにつれて「自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし」が低く、「自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」が高くなっています。



④共食の有無

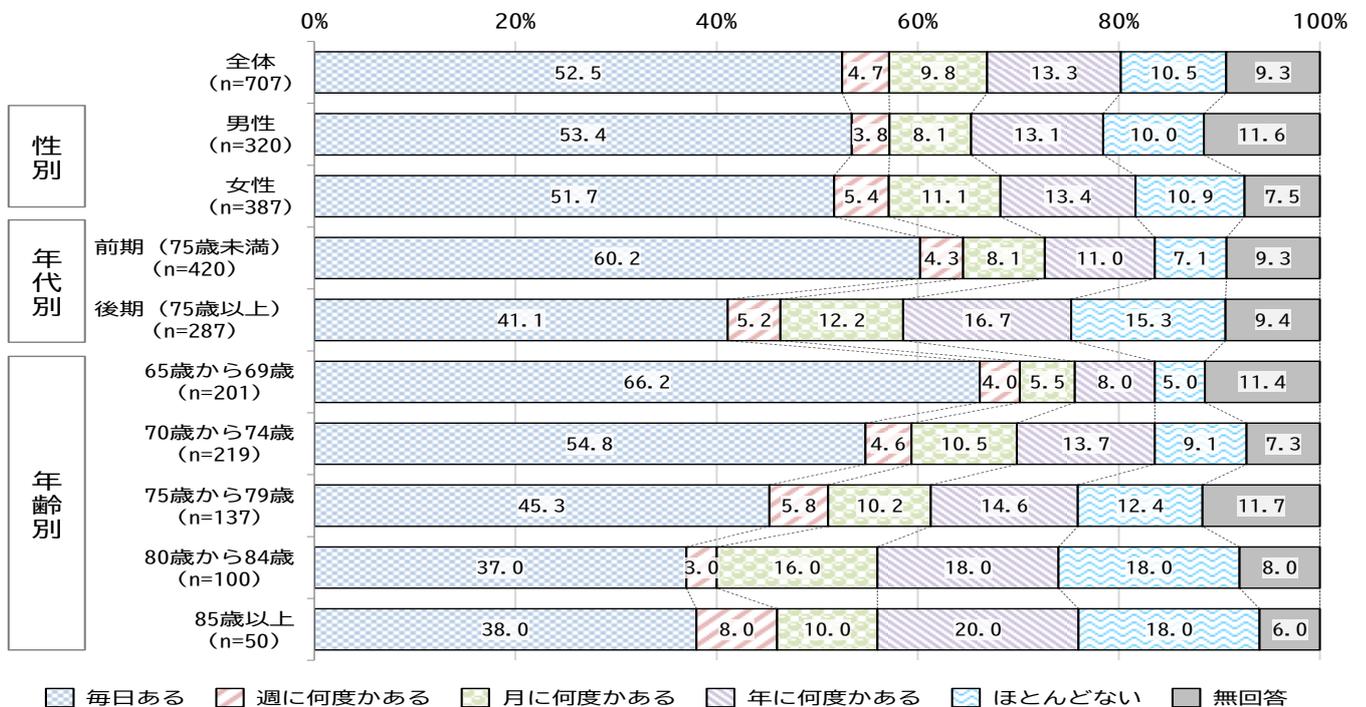
どなたかと食事をともしる機会がありますか

誰かと食事を一緒にする機会があるか尋ねたところ、「毎日ある」が52.5%と最も高く、次いで、「年に何度かある」13.3%、「ほとんどない」10.5%の順となっています。

性別では特に大きな差はみられませんでした。

年代別でみると、「前期（75歳未満）」では「毎日ある」が60.2%と6割を超えており、「後期（75歳以上）」41.1%と比べて20ポイント近く高くなっています。

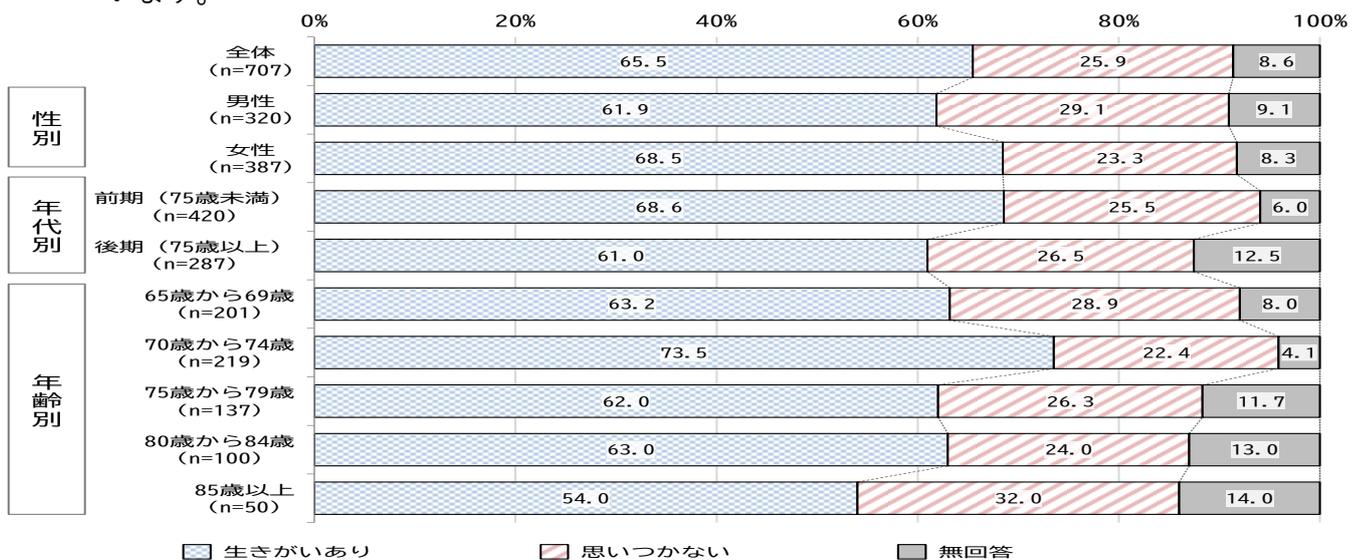
年齢別でみると、年齢が高くなるにつれて「毎日ある」が低くなり、「年に何度かある」「ほとんどない」が高くなっています。



⑤生きがいの有無

生きがいはありますか

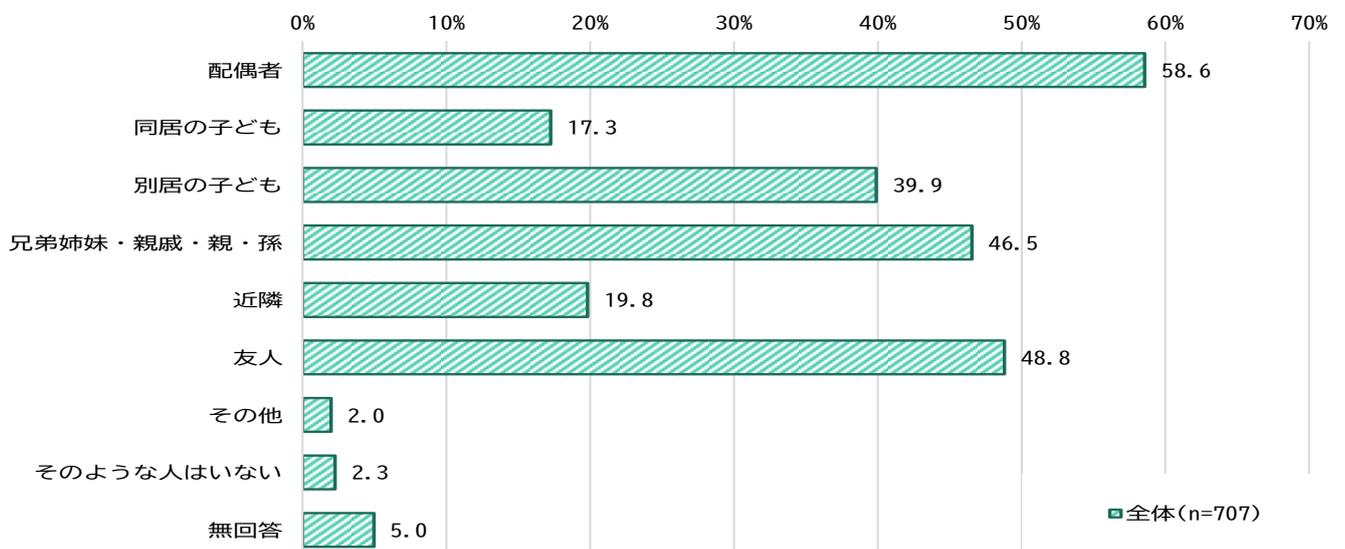
生きがいがあるか尋ねたところ、「生きがいあり」が65.5%、「思いつかない」が25.9%となっています。性別、年代別では全体の結果と特に大きな差はみられませんでした。年齢別で見ると、「生きがいあり」の割合が概ね6割台となっていますが、「70歳から74歳」では7割台と他の年齢層と比べて高く、「85歳以上」では5割台と低くなっています。



⑥心配ごとや愚痴（ぐち）を聞いてくれる人

あなたの心配ごとや愚痴（ぐち）を聞いてくれる人

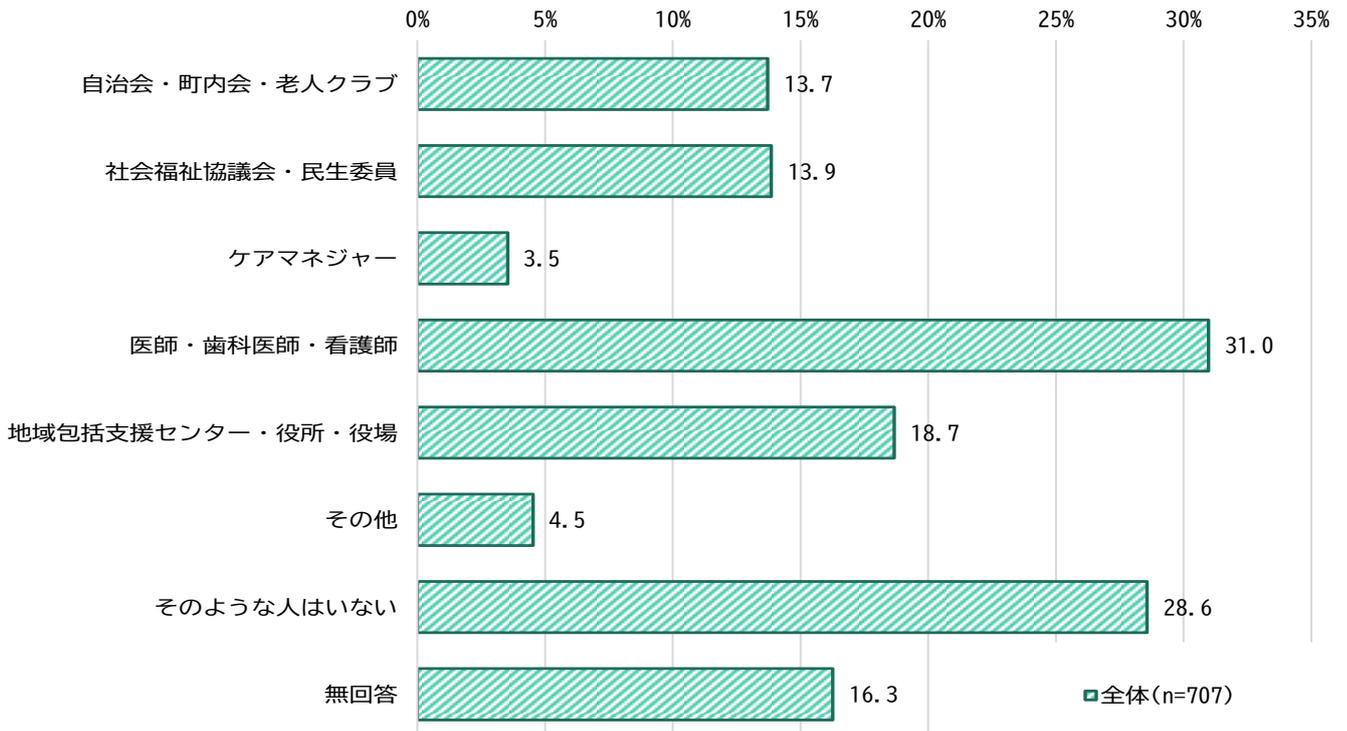
心配ごとや愚痴を聞いてくれる人について尋ねたところ、「配偶者」が58.6%と最も高く、次いで、「友人」48.8%、「兄弟姉妹・親戚・親・孫」46.5%の順となっています。



⑦家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手

家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください

家族や友人・知人以外での相談相手については、「医師・歯科医師・看護師」が31.0%と最も高く、次いで、「そのような人はいない」28.6%、「地域包括支援センター・役所・役場」18.7%の順となっています。

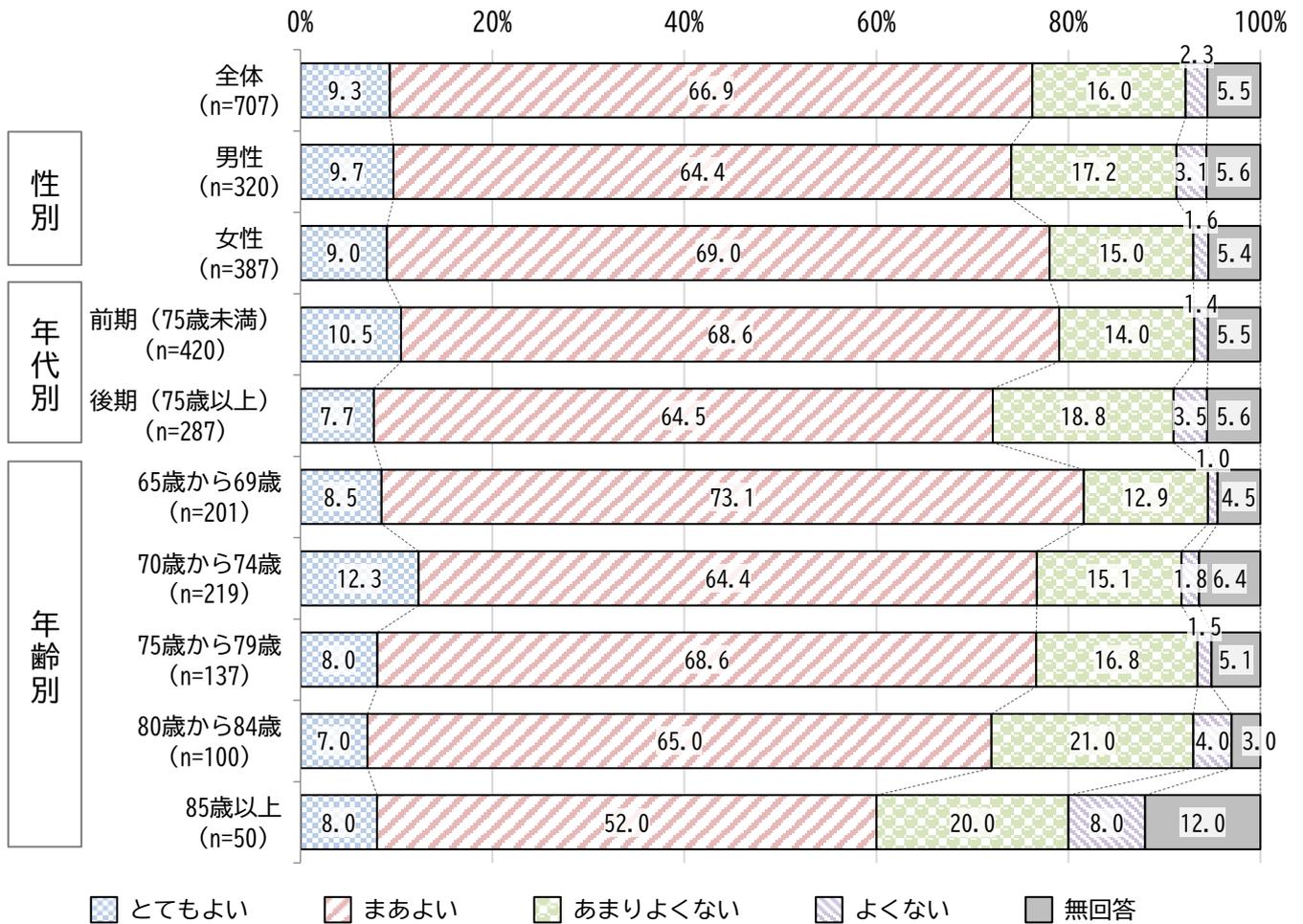


⑧主観的健康観

現在のあなたの健康状態はいかがですか

現在の健康状態については、「まあよい」が66.9%と最も高く、次いで、「あまりよくない」16.0%、「とてもよい」9.3%の順となっています。

性別、年代別では全体の結果と特に大きな差はみられませんでした。

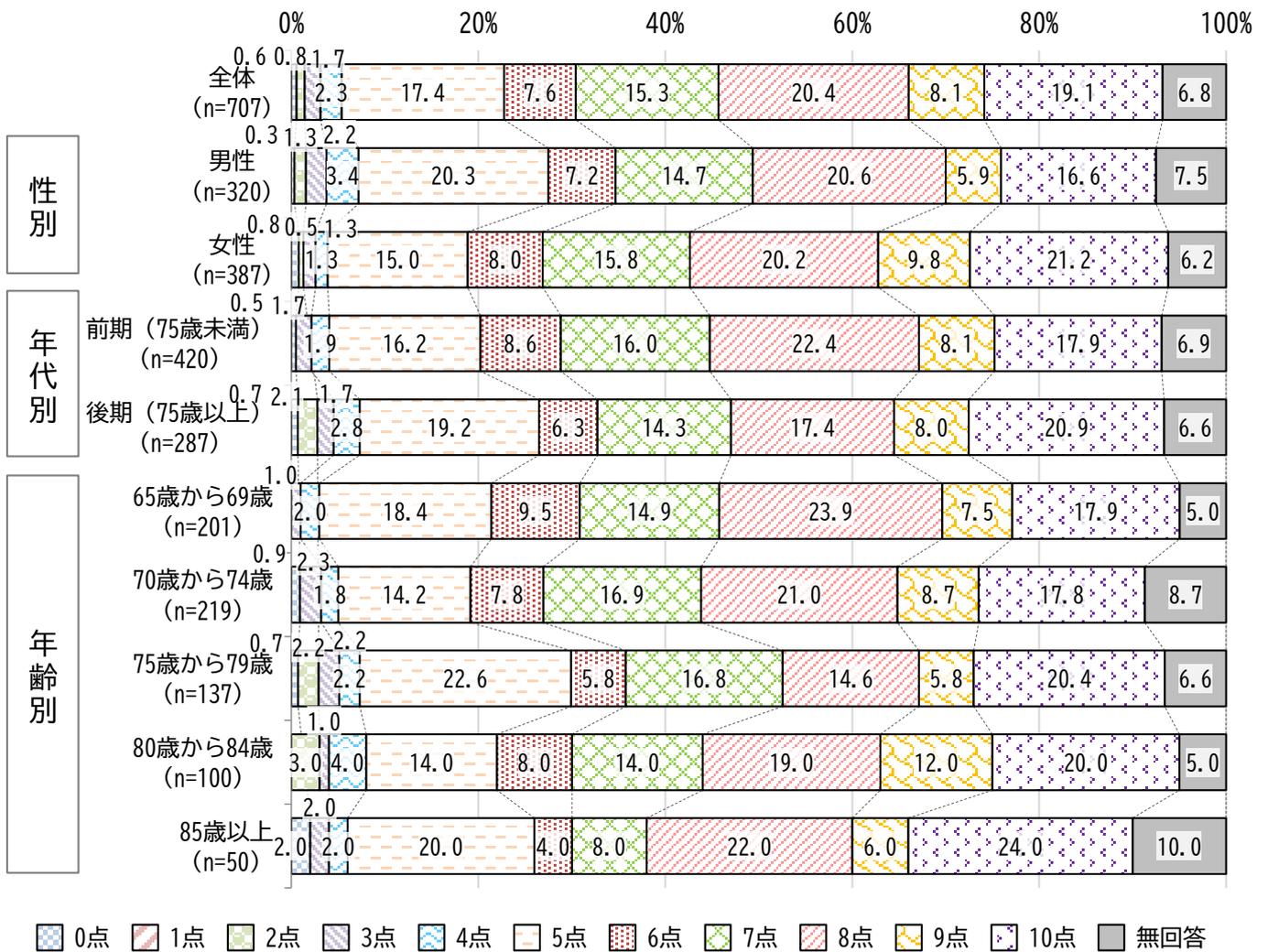


⑨主観的幸福感

心の健康状態を10点満点で表すと、「8点」が20.4%と最も高く、次いで、「10点」19.1%、「5点」17.4%の順となっています。

性別、年代別では特に大きな差はみられませんでした。

年齢別でみると、「74歳」までは「8点」、「75歳から79歳」では「5点」、「80歳」以上では「10点」が最も高くなっています。また、幸福点数が高い「8～10点」は各年齢層で4～5割と高くなっています。



⑩認知症に関する相談窓口の認知度

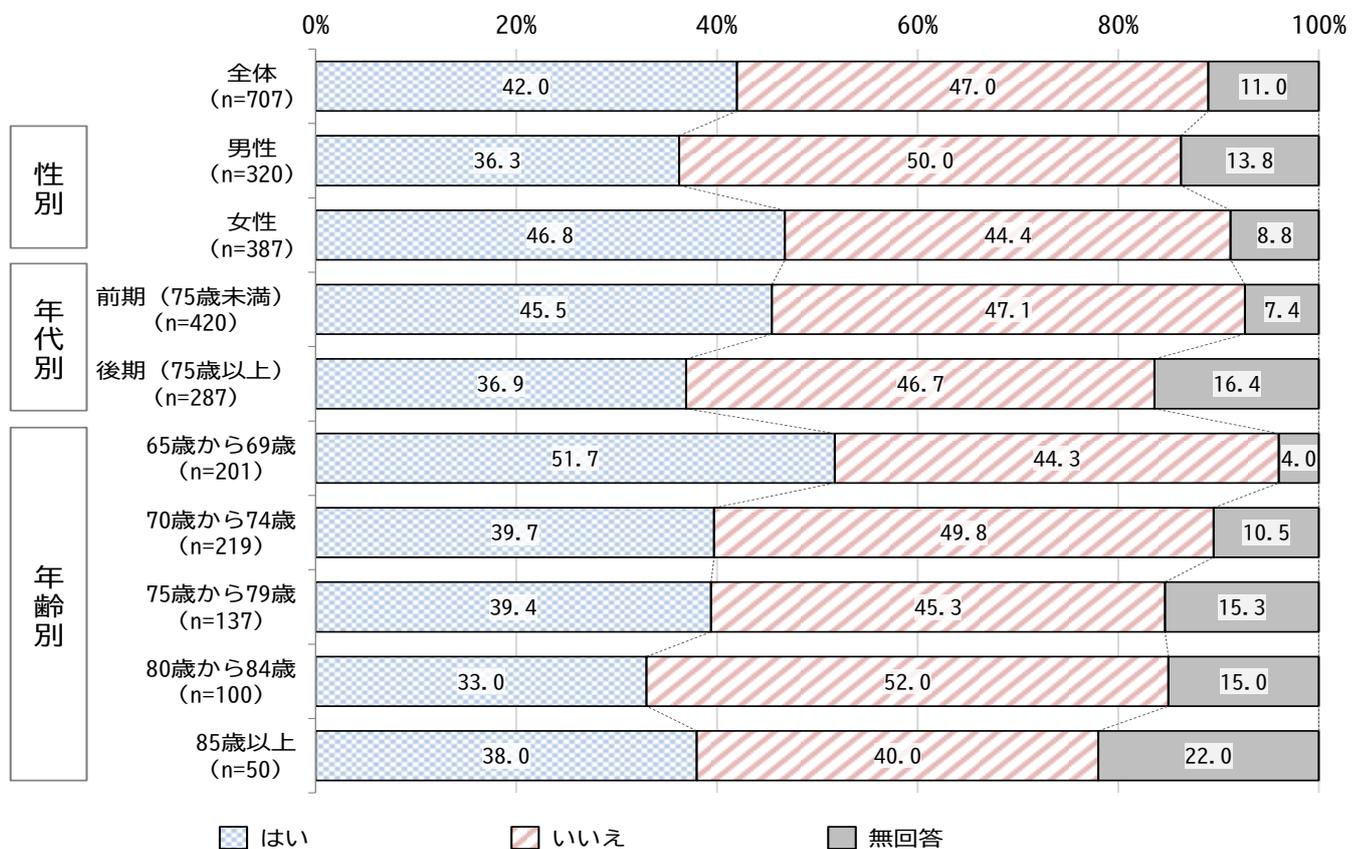
認知症に関する相談窓口を知っていますか

認知症に関する相談窓口の認知度については、「はい」が42.0%、「いいえ」が47.0%となっています。

性別で見ると、「女性」では「はい」が46.8%と「男性」36.3%と比べて10ポイント以上高くなっています。

年代別では全体の結果と特に大きな差はみられませんでした。

年齢別で見ると、「65歳から69歳」では「はい」が51.7%と過半数を超えています
が、「70歳」以上では「いいえ」が「はい」を上回っています。

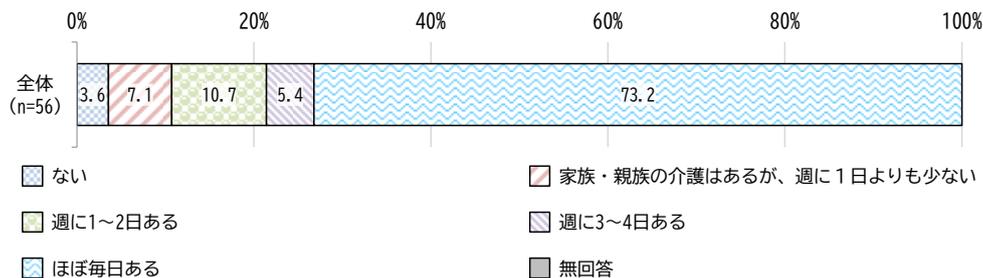


(6) 在宅介護実態調査の結果 (抜粋)

A 票調査結果

ご家族やご親族の方からの介護は、週にどのくらいありますか (同居していない子どもや親族等からの介護を含む)

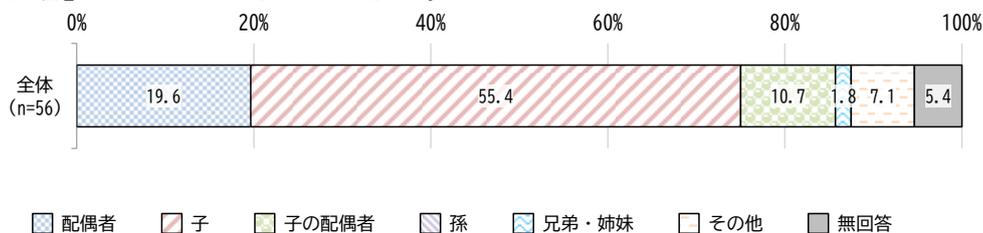
家族等による介護の頻度については、「ほぼ毎日ある」が73.2%と最も高く、次いで、「週に1~2日ある」10.7%、「家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない」7.1%となっています。



【前問において「2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない」、「3. 週に1~2日ある」、「4. 週に3~4日ある」、「5. ほぼ毎日ある」の方のみ】

主な介護者の方は、どなたですか

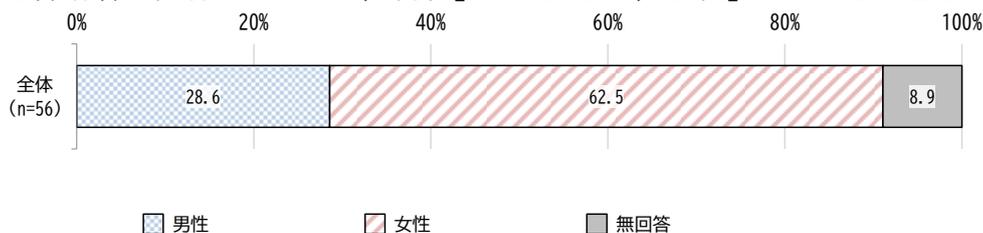
主な介護者については、「子」が55.4%と最も高く、次いで、「配偶者」19.6%、「子の配偶者」10.7%となっています。



【前問において「2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日より少ない」、「3. 週に1~2日ある」、「4. 週に3~4日ある」、「5. ほぼ毎日ある」の方のみ】

主な介護者の方の性別について、ご回答ください

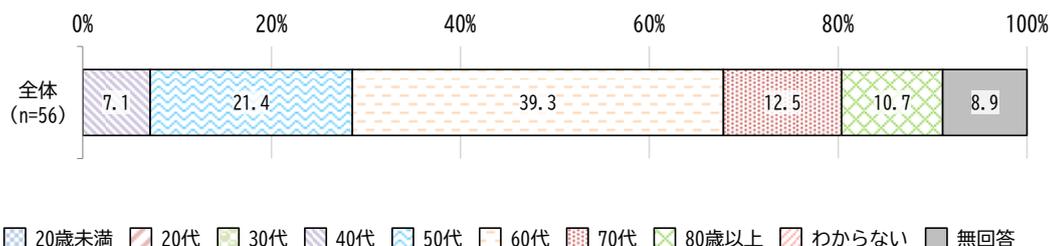
主な介護者の性別については、「男性」が28.6%、「女性」が62.5%となっています。



【前問において「2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない」、「3. 週に1～2日ある」、「4. 週に3～4日ある」、「5. ほぼ毎日ある」の方のみ】

主な介護者の方の年齢について、ご回答ください

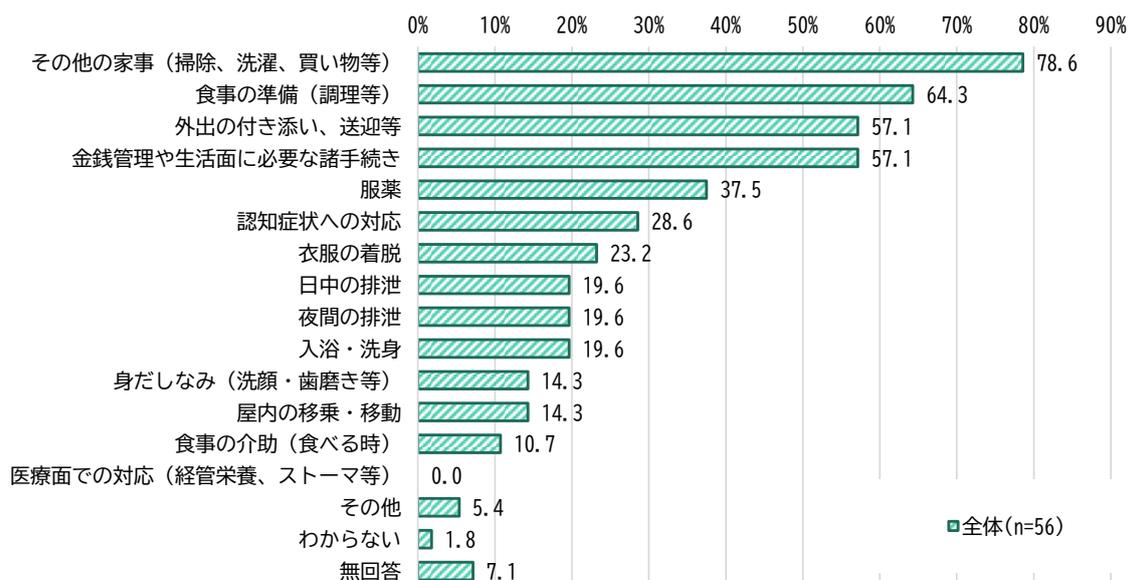
主な介護者の年齢については、「60代」が39.3%と最も高く、次いで、「50代」21.4%、「70代」12.5%となっています。



【前問において「2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない」、「3. 週に1～2日ある」、「4. 週に3～4日ある」、「5. ほぼ毎日ある」の方のみ】

現在、主な介護者の方が行っている介護等について、ご回答ください
(複数選択可)

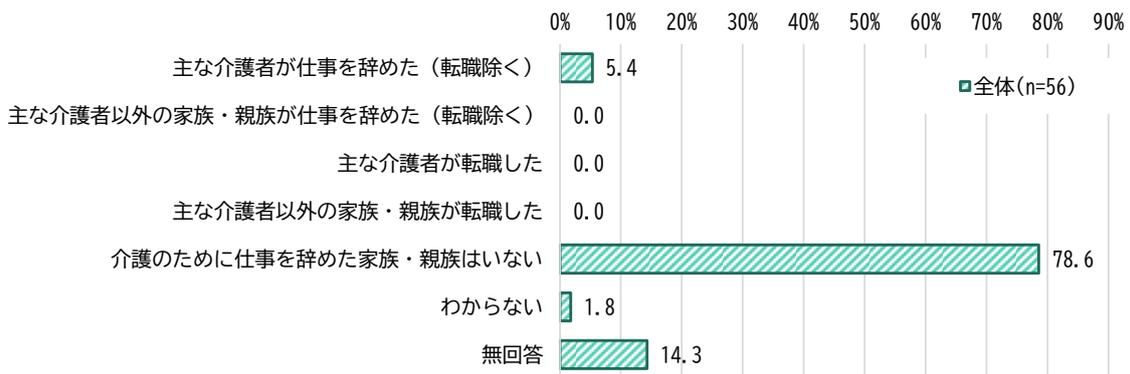
主な介護者が行っている介護等については、「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」が78.6%と最も高く、次いで、「食事の準備（調理等）」64.3%、「外出の付き添い、送迎等」・「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」とともに57.1%となっています。



【前問において「2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない」、「3. 週に1～2日ある」、「4. 週に3～4日ある」、「5. ほぼ毎日ある」の方のみ】

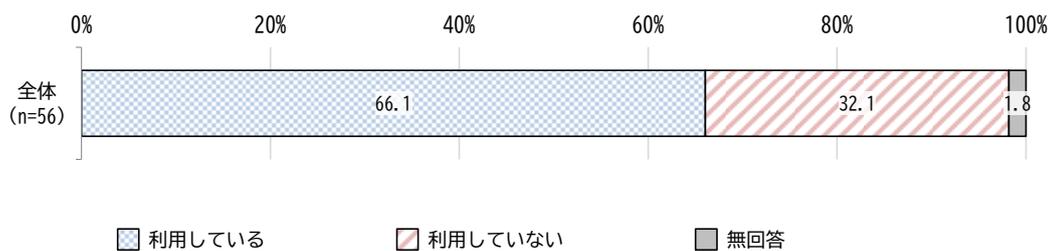
ご家族やご親族の中で、ご本人（調査対象者）の介護を主な理由として、過去1年の間に仕事を辞めた方はいますか（現在働いているかどうかや、現在の勤務形態は問いません）（複数選択可）

介護のための離職の有無については、「介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない」が78.6%と最も高く、次いで、「主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）」5.4%、「わからない」1.8%となっています。



現在、（住宅改修、福祉用具貸与・購入以外の）介護保険サービスを利用していますか

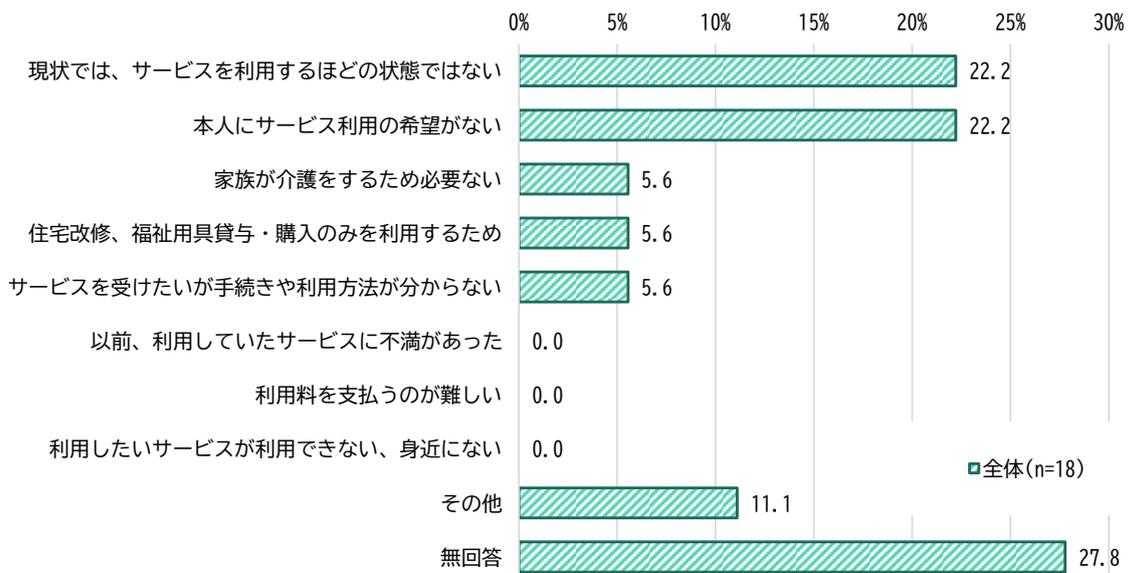
介護保険サービスの利用状況については、「利用している」が66.1%、「利用していない」が32.1%となっています。



【問13において「2. 利用していない」の方のみ】

問14 介護保険サービスを利用していない理由は何ですか（複数選択可）

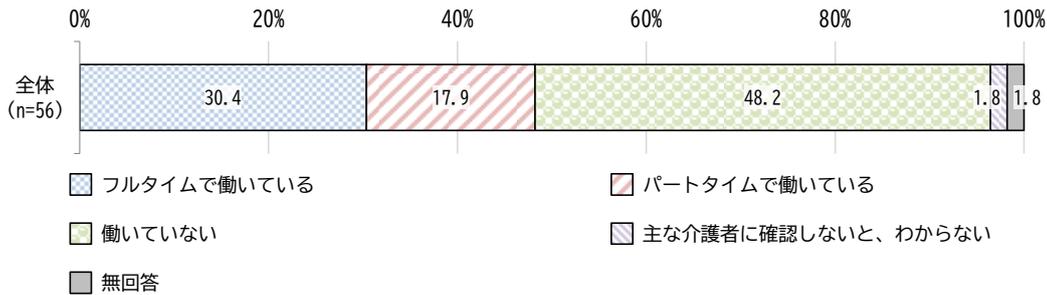
介護保険サービスを利用していない理由については、「現状では、サービスを利用するほどの状態ではない」・「本人にサービス利用の希望がない」がともに22.2%と最も高く、次いで「その他」11.1%となっています。



B 票調査結果

主な介護者の方の現在の勤務形態について、ご回答ください

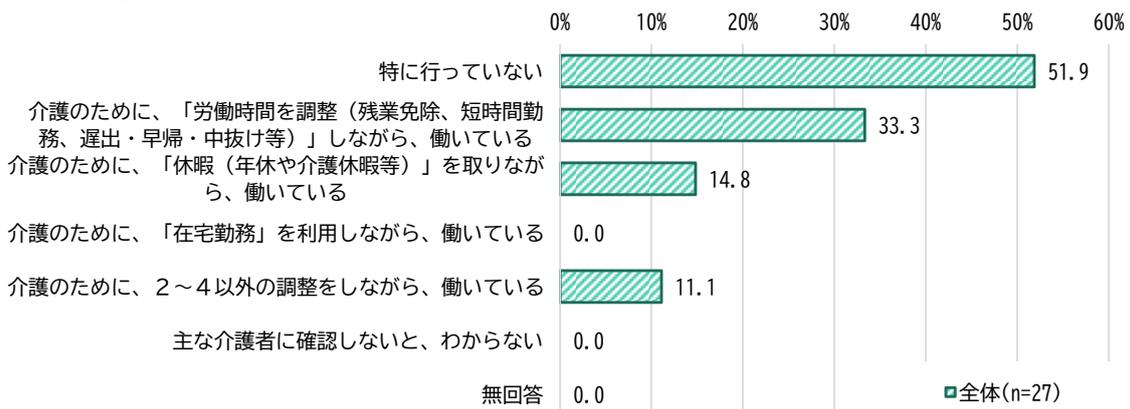
主な介護者の現在の勤務形態については、「働いていない」が48.2%と最も高く、次いで、「フルタイムで働いている」30.4%、「パートタイムで働いている」17.9%となっています。



【問1において「1. フルタイムで働いている」「2. パートタイムで働いている」の方のみ】

主な介護者の方は、介護をするにあたって、何か働き方についての調整等をしていますか（複数選択可）

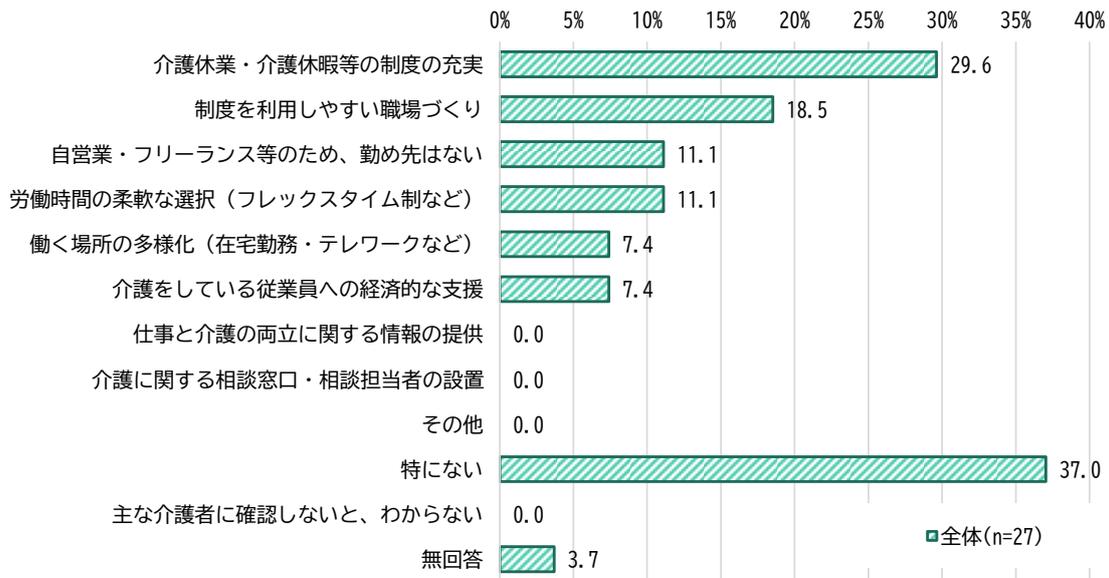
働き方についての調整等では、「特に行っていない」が51.9%と最も高く、次いで、「介護のために、『労働時間を調整（残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等）』しながら、働いている」33.3%、「介護のために、『休暇（年休や介護休暇等）』を取りながら、働いている」14.8%となっています。



【問1において「1. フルタイムで働いている」「2. パートタイムで働いている」の方のみ】

主な介護者の方は、勤め先からどのような支援があれば、仕事と介護の両立に効果があると思いますか（3つまで選択可）

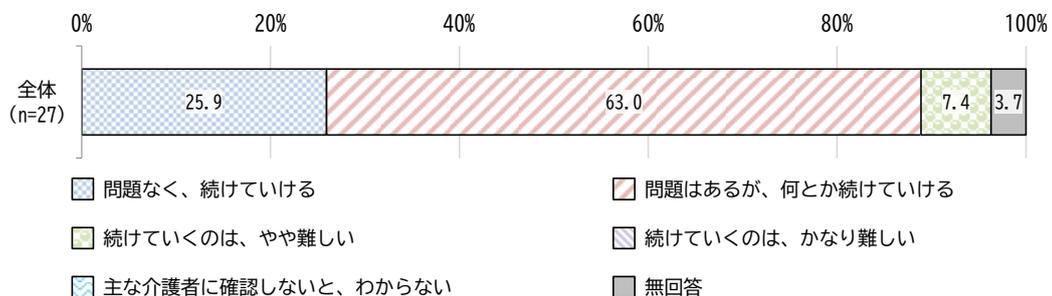
勤め先からの支援において仕事と介護の両立に効果があると思うものについては、「特にない」が37.0%と最も高く、次いで、「介護休業・介護休暇等の制度の充実」29.6%、「制度を利用しやすい職場づくり」18.5%となっています。



【問1において「1. フルタイムで働いている」「2. パートタイムで働いている」の方のみ】

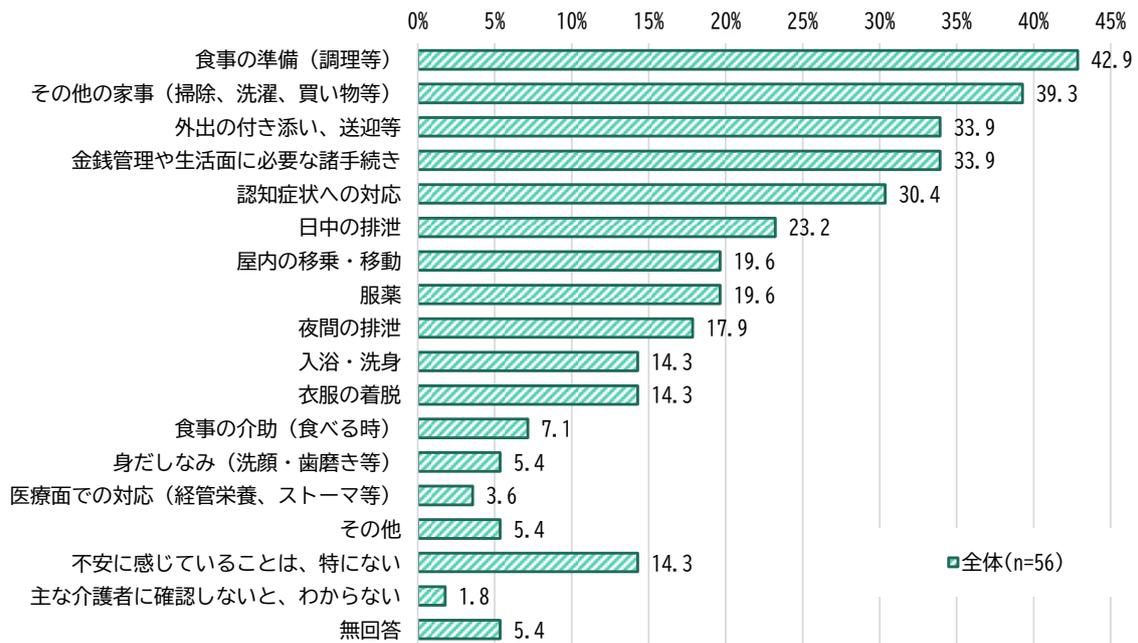
主な介護者の方は、今後も働きながら介護を続けていけそうですか

今後の介護の継続については、「問題はあるが、何とか続けていける」が63.0%と最も高く、次いで、「問題なく、続けていける」25.9%、「続けていくのは、やや難しい」7.4%となっています。



現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安に感じる介護等について、ご回答ください（現状で行っているか否かは問いません）
（3つまで選択可）

不安に感じる介護等については、「食事の準備（調理等）」が42.9%と最も高く、次いで、「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」39.3%、「外出の付き添い、送迎等」・「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」がともに33.9%となっています。



6 第8期計画の総括・評価

第8期計画では、計画の達成状況を評価することを目的として、以下の評価指標を設定して様々な取組を推進してきました。第8期計画期間における評価指標の達成状況は以下のとおりです。

■基本目標1 生涯現役社会の実現と自立支援の推進

【介護予防・日常生活支援サービス事業】

	【第8期・見込み数】			【第8期・実績値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R3年度	R4年度	R5年度
訪問型サービス（人）	40	40	40	37	38	37
通所型サービス（人）	70	70	70	66	59	63
介護予防ケアマネジメント（件）	80	80	80	68	64	65

○新型コロナウイルスの影響もあり、訪問型サービス、通所型サービス、介護予防ケアマネジメントと共に、見込み数を下回っている状況です。今後の利用者増への対応とサービスの質の確保に向けて、人材確保に向けた取組の推進が重要です。

【サロン設置数】

	【第8期・見込み数】			【第8期・実績値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R3年度	R4年度	R5年度
サロン設置数	21	21	21	28	30	30

○サロン設置数は、第8期計画期間において見込み量を上回っています。今後は住民主体による活動の場としての運営を推進し、更なる内容の充実を図ることが重要です。

【やさしいまちづくり住宅改造助成事業】

	【第8期・見込み数】			【第8期・実績値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R3年度	R4年度	R5年度
やさしいまちづくり住宅改造助成事業（件）	1	1	1	0	0	0

○やさしいまちづくり住宅改造助成事業については、見込み量を下回っている状況です。事業の周知を図るとともに、利用促進に努めることが必要です。

【家族介護用品支給事業】

	【第8期・見込み数】			【第8期・実績値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R3年度	R4年度	R5年度
件数（件）	60	60	60	45	33	60
実利用者数（人）	6	6	6	7	7	9

○家族介護用品支給事業については、件数・実利用者数ともに見込み数を下回っている状況です。介護者の経済的負担の軽減に向けて、今後も事業内容の周知に努め、利用促進を図ることが重要です。

【家族介護慰労金】

	【第8期・見込み数】			【第8期・実績値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R3年度	R4年度	R5年度
件数（件）	1	1	2	1	0	2
実利用者数（人）	1	1	2	1	0	2

○家族介護慰労金については、令和4年度を除いて見込み数に達している状況です。今後も継続して事業を実施し、高齢者及び介護者の経済的負担の軽減を図ります。

【食の自立支援事業（在宅高齢者給食サービス）】

	【第8期・見込み数】			【第8期・実績値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R3年度	R4年度	R5年度
実利用者数（人）	5	5	5	6	6	9
延べ配食数	600	600	600	809	651	1,200

○食の自立支援事業については、第8期計画期間において見込み量を上回っています。更なるニーズの増加に対応することができるように、実施体制の更なる充実が必要です。

【家族介護教室】

	【第8期・見込み数】			【第8期・実績値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R3年度	R4年度	R5年度
開催件数（件）	2	2	2	0	0	5
参加者数（人）	40	40	40	0	0	145

○家族介護教室については、新型コロナウイルスの影響で令和3年度及び4年度は開催できませんでしたが、令和5年度においては見込み数を大きく上回っています。今後のニーズの把握に努めるとともに、実施体制及び事業内容の更なる充実が必要です。

■基本目標2 認知症施策の推進

【認知症カフェ】

	【第8期・見込み数】			【第8期・実績値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R3年度	R4年度	R5年度
開催回数	20	20	20	17	16	21
参加延べ人数（人）	200	200	200	237	201	210

○認知症カフェについては、令和3年度及び4年度の開催回数は見込み数を下回りましたが、令和5年度の開催回数及び第8期計画期間内の参加延べ人数は、見込み数に達している状況です。参加者の更なる増加に向けて、家族介護者のみならず、地域住民も対象とした周知・啓発活動を推進していくことが必要です。

【成年後見制度利用支援事業】

	【第8期・見込み数】			【第8期・実績値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R3年度	R4年度	R5年度
対応件数（件）	1	1	1	0	0	0

○成年後見制度利用支援事業については、第8期計画期間内において利用がありませんでした。事業の利用促進に向けて、更なる周知・啓発活動の充実が必要です。

■基本目標4：多様な住まい・サービス基盤の整備

【地域密着型介護サービス】

	【第8期・見込み数】			【第8期・実績値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R3年度	R4年度	R5年度
認知症対応型共同生活介護（人）	36	36	36	36	36	36
小規模多機能居宅介護（人）	18	18	18	18	18	18
看護小規模多機能型居宅介護（人）	0	0	0	0	0	0
介護老人福祉施設入所者生活介護（人）	20	20	20	20	20	20
特定施設入所者介護（人）	0	0	0	0	0	0

○地域密着型介護サービスについては、第8期計画において見込んだ定員数を維持しています。今後は高齢者を取り巻く状況を把握したうえで、必要に応じて整備を検討し、高齢者の住まいの確保に努めます。

■基本目標5：介護人材の確保とサービスの質の向上

【ケアプラン点検の活用】

	【第8期・見込み数】			【第8期・実績値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R3年度	R4年度	R5年度
課題整理総括表を活用したケアプラン点検 【点検率5%以上】 ※点検率＝点検件数／居宅サービス利用者数	点検率 10%	点検率 10%	点検率 10%	点検率 15%	点検率 15%	点検率 15%
地域ケア会議等を活用した多職種によるケアプラン点検 【点検月数：12月】	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月
高齢者向け住まい入居者のケアプラン点検 【点検率：5%】	点検率 5%	点検率 5%	点検率 5%	点検率 0%	点検率 0%	点検率 0%

○ケアプラン点検では、高齢者向け住まい入居者のケアプラン点検については点検率が0%となっています。今後は点検を円滑に実施できるように、実施方法等の改善に向けた検討が必要です。

【医療情報突合及び縦覧点検の活用】

	【第8期・見込み数】			【第8期・実績値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R3年度	R4年度	R5年度
医療情報突合の実施 【点検月数：12月】	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月
縦覧点検の実施 【点検月数：12月】	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月

○医療情報突合及び縦覧点検の活用については、第8期計画期間内において見込み数に達している状況です。今後も円滑に実施していくとともに、更なる介護給付の適正化に努める必要があります。

【住宅改修の施工前点検】

	【第8期・見込み数】			【第8期・実績値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R3年度	R4年度	R5年度
住宅改修の施工前点検 【点検率：100%】	点検率 100%	点検率 100%	点検率 100%	点検率 100%	点検率 100%	点検率 100%
建築専門職・リハビリテーション専門職による点検 【点検率：10%】	点検率 10%	点検率 10%	点検率 10%	点検率 0%	点検率 0%	点検率 0%

○住宅改修の施工前点検については、第8期計画期間において見込み数に達していますが、建築専門職・リハビリテーション専門職による点検については実施がありませんでした。今後の円滑な実施に向けて、実施体制の整備や実施内容・方法の改善に向けた検討を行うことが必要です。

【制度の周知徹底と相談支援体制の構築】

	【第8期・見込み数】			【第8期・実績値】		
	R3年度	R4年度	R5年度	R3年度	R4年度	R5年度
相談件数（件）	400	400	400	488	523	670

○相談件数については、令和3年度及び4年度においては見込み数を上回っており、令和5年度においても見込み数に近い件数となっています。今後、相談ニーズの更なる増加に対応できるように、相談支援体制の更なる充実に努めるとともに、あらゆる媒体を通じた各種サービスに関する情報の周知・啓発を推進していくことが重要です。

※【第8期・実績値】について、令和5年度分は見込み数。

第3章

計画の基本理念、基本目標

第3章 計画の基本理念、基本目標

1 計画の基本理念

第8期計画においては、基本理念として「ともに支え合い、誰もが安心して暮らせる町、住み慣れた地域で健康でいきいきと生活できる町」を掲げ、本町で暮らす高齢者に向けた様々なサービスや支援を推進してきました。

今後、更なる少子高齢化の進行が予測される中、本町においても高齢者の更なる増加に伴い、介護や医療を必要とする高齢者も更に増加していくことが予想されます。

そのような高齢者が可能な限り住み慣れた地域で安心して生活していくためには、本町の様々な主体が連携を深めながら、地域包括ケアシステムの更なる強化と地域共生社会の実現を目指して取組を推進していくことが必要です。

これらを踏まえ、第9期計画においても、第8期計画の基本理念である「ともに支え合い、誰もが安心して暮らせる町、住み慣れた地域で健康でいきいきと生活できる町」を継承し、本町の高齢者が、住み慣れた地域で安全・安心に、本人の希望が最大限に尊重されて生活していくことができるよう、基本理念の達成に向けて様々なサービスや支援の更なる充実を図ることとします。

【基本理念】

ともに支え合い、誰もが安心して暮らせる町
住み慣れた地域で健康でいきいきと生活できる町

2 計画の基本目標

基本目標1 生涯現役社会の実現と自立支援の推進

高齢者が介護や支援が必要な状態になっても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けていけるように、本計画では包括的なケア体制の更なる充実を目指し、自分にあった健康の保持増進や介護予防に取り組むことができる環境づくりや、社会参加などの機会の充実を図るなど、団塊の世代が後期高齢者となる2025年及び団塊ジュニア世代が高齢者となる2040年を見据えて様々な取組を推進します。

基本目標2 認知症施策の推進

今後の急速な高齢化に伴い、認知症の高齢者はさらに増加していくことが見込まれています。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、認知症になっても、高齢者が地域の中で穏やかな生活を送ることができるよう、周囲や地域の理解と協力のもと、家族も安心して生活することができる町づくりを推進します。

基本目標3 在宅医療と介護の連携推進

高齢化の進展に伴い、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の更なる増加が見込まれている状況です。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できるよう、在宅医療と介護サービスの一体的な提供の更なる推進に向けて、多職種研修機会の確保や連携体制の強化を推進します。

基本目標4 多様な住まい・サービス基盤の整備

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を続けられるよう、地域包括ケアを推進するとともに、地域密着型介護サービスの整備や住宅の供給など、安心して生活することができる住まいの確保等に努めます。

基本目標5 介護人材の確保とサービスの質の向上

国が推し進める介護現場におけるロボットやICTの活用等による業務の効率化、多様な人材の活用等による人材確保に関する動向を注視しながら、本町における取組の実施について検討していくとともに、介護人材の確保等に資する国、県及び本町が実施する各種事業の周知に努めます。

また、介護を必要とする高齢者を社会全体で支えるため、介護保険サービスの質と量を確保し、介護給付の適正化や文書負担軽減の推進など、介護保険事業の円滑な運営を図ります。

基本目標6 災害や感染症への対応

国が定めた指針等を踏まえ、保健所や協力医療機関、事業所等と連携を図りながら、災害発生や感染症の流行等により、介護保険サービス利用者の安全が脅かされたり、介護保険サービスの提供が途切れたりすることがない体制づくりに努めます。

3 計画の体系

基本理念

ともに支え合い、誰もが安心して暮らせる町
住み慣れた地域で健康でいきいきと生活できる町

★基本目標1 生涯現役社会の実現と自立支援の推進

- 1 自立支援に向けた介護予防・生活支援サービスの充実
- 2 地域ケア会議の充実

★基本目標2 認知症施策の推進

- 1 認知症サポーターの養成及び活動活性化
- 2 認知症地域支援推進員の活動と認知症初期集中支援チームの運営・活用の推進
- 3 成年後見制度の利用促進に向けた取組の推進
- 4 高齢者虐待防止の体制整備

基本目標3 在宅医療と介護の連携推進

- 1 医療と介護をはじめとした多職種連携体制づくり
- 2 地域包括支援センターの人員体制の強化
- 3 くまもとメディカルネットワークを活用した医療・介護の連携推進

基本目標4 多様な住まい・サービス基盤の整備

- 1 早急な対応が必要な方への対応
- 2 高齢者向け住まいの確保
- 3 高齢者等の移動手段の確保

基本目標5 介護人材の確保とサービスの質の向上

- 1 円滑な制度運営のための体制整備
- 2 保険者としての支援体制の充実
- 3 利用者本位のサービス提供の推進

基本目標6 災害や感染症への対応

- 1 災害に対する備え
- 2 感染症に対する備え

※★印は、第9期計画において特に力を入れて取り組む重点項目です。

第4章

施策の展開

第4章 施策の展開

基本目標1 生涯現役社会の実現と自立支援の推進

1 自立支援に向けた介護予防・生活支援サービスの充実

高齢者が住み慣れた地域で健やかに生活するためには、健康の保持・増進や介護予防・自立支援・重症化予防を推進することが重要です。

また、高齢者の社会参加が図られ、高齢者が地域の担い手としての役割を果たすことは、地域づくりにおいて重要であるとともに、高齢者の生きがいつくりとしての効果も期待されます。

本町においては、保健・介護・医療分野が連携した健康づくりと介護予防の一体的実施を令和4年度から実施しています。介護予防の推進においては、後期高齢者医療・保健師等と連携し、各種保健事業、介護予防事業の効果的な実施のため、医療・介護データの分析や地域課題の把握に努めています。また、地域で高齢者が集い活動している場において、フレイルチェックを実施するなど、地域活動の場を活用したアウトリーチ支援も実施しています。このような健康づくりや介護に至らせないための介護予防施策に取り組んでいる結果として、熊本県や全国と比較して認定率が低い傾向にあると考えられます。

今後も、これらの取組を充実させ、主に介護を受けていない高齢者や、要介護度が軽度の高齢者を対象に、介護予防や機能改善を重視して「高齢者の自立支援」の推進に取り組めます。

(1) 多様な健康づくりの推進

①健康長寿のための健康づくりの推進

「健康れいほく21計画（第三次）」を踏まえ、健康寿命の延伸を目指し、乳幼児期から高齢期までのあらゆる世代を対象として生活習慣病発症予防の取組を推進します。

特定健診受診率が低迷していることから、「特定健診」および「がん検診」のセット健診受診による健康ポイント付与を導入し、健診受診率向上に繋がります。

今後もライフステージに応じた健康増進を推進するために、乳幼児期から生活習慣病発症予防の視点で地域特性や生活背景を踏まえた健康課題の周知・啓発を図ります。また、高齢期以降は重症化予防の視点で治療中断を防ぎ、医療機関や地域包括支援センター等とも連携しながら、疾病の治療と食事・運動でコントロールできるよう支援に努めます。

②栄養・食生活

コロナ禍により食生活改善推進員の食生活改善啓発は制限を余儀なくされましたが、令和5年度からは、少しずつ活動を戻しており、特定健診及び後期高齢者健診受診者に対する重症化予防、介護、骨折予防のための栄養指導を行っています。

今後も、食生活改善推進員による活動と育成に取り組むとともに、高齢者の疾病の重症化予防に加え、介護・骨折予防を重点に栄養指導を継続して取組めます。

③身体活動・運動

町民の健康づくり、体力づくりを目的とし、老人会等で運動指導を行っています。また、後期高齢者の健診受診者への保健指導に運動指導員が同行し、個別でフレイル予防に取り組んでおり、サロンへの運動指導も実施しています。

今後も幅広い人を対象に、転倒予防・フレイル予防のための身体活動・運動の重要性を周知するとともに、個別指導と集団指導を推進します。

④生活習慣病予防

第2期データヘルス計画をもとに生活習慣病重症化予防に取り組んでいます。メタボリックシンドロームに関する特定保健指導率は、R3年度76.3%、重症化予防に関するハイリスク指導率は80%以上と力を入れて取り組んでおり、その成果としてH28～R3年度の新規透析導入者0名、新規脳血管疾患、虚血性心疾患は減少している状況です。

また、40代及び50代の肥満者と、糖尿病境界域の者が増加していることから、R6年度から開始される第3期データヘルス計画に基づいて、各種健診の受診率向上に向けた取組や重症化予防のための保険事業を推進していきます。

さらに、生活習慣病の重症化によって引き起こされる健康障害や医療費・介護費等の実態を周知・啓発を推進します。

⑤がん検診等による疾病予防と早期の発見

これまで、広報誌・ホームページの活用により、がんに関する正しい知識の普及や正確な情報の提供に努めてきました。

また、がん検診について、受診しやすい検診体制を整備し、受診率の向上を図ってきました。

今後も、受診しやすい検診体制の整備を推進するとともに、町民に検診の重要性に関する情報提供を行い、受診率の向上を図ります。

(2) 生きがいづくりの推進

高齢者が地域社会において自立した生活を営むためには、生活機能の維持だけではなく、生きがいを持って日常生活を過ごすことが重要です。高齢者の生きがいづくりを推進するため、老人クラブ、高齢者のサークル活動等を支援し、高齢者自身が地域の担い手として、新たな社会的役割を持ち、活動に積極的に取り組むことができる仕組みを提案します。

①老人クラブ等への活動支援

新規加入者の減少や役員の引き受け手がないことなどの理由から解散するクラブがあるなど、クラブ数及び会員数ともに減少しています。

高齢者の生きがいと健康づくりのために、仲間づくりを基礎に支え合い、地域社会に貢献する老人クラブ活動推進のために、各地区老人クラブへ補助を行うとともに、新規加入者の増加につながる取組を検討します。

②高齢者のボランティア活動の充実

ボランティアグループの割合が低く、ボランティアグループの支援及び活動の受け入れ体制も整備が進んでいない状況です。元気高齢者の活動支援としてボランティア活動の支援強化が必要だと思われます。

ボランティア活動のできる人材を確保し、活動できる場の提供ができるように、体制づくりの整備を推進します。また、併せてボランティア人材の育成に努めます。

③高齢者の就労支援

高齢者にとって、高齢期の生活資金の確保だけでなく、健康づくりや生きがいづくりを含め、就労は、重要な役割を果たしており、就労意欲の高い高齢者も増加するとみられます。

シルバー人材センターを中心に高齢者の多様なニーズにマッチした就業機会を確保し、就労しやすい環境整備を図るなど、今後も高齢者の就労支援を継続して実施します。

(3) 生活支援コーディネーターの活用

単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症高齢者が増加する中、高齢者が地域での生活を継続するためには、多様な生活支援ニーズに対応した多様なサービスを地域で整備していくことが必要です。本町では、このような地域のニーズと地域資源を把握し、そのマッチングを行う「生活支援コーディネーター」を配置して、生活支援サービスを担う事業主体の支援体制の充実・強化を図っています。

令和4年4月から、モデル事業として、山間部の通いの場1カ所において(2回/月)有償ボランティア(2人)により、社協所有の公用車を使用して移送及び通いの場支援を実施しています。(30回・延べ51人)

課題として、ボランティアの人手不足や費用の確保等が挙がっています。今後は課題の解決に向けた検討を行うとともに、総合事業(通所B、訪問D)として位置づける方向で、事業の更なる充実を目指します。

(4) 多様な介護予防・生活支援サービスの充実と開発

掃除・買い物等の軽度家事支援のニーズは増加傾向にありますが、その支援を提供する体制が整備されていません。訪問型自立支援サービスに頼っている状況です。

今後も介護支援ボランティアや生活支援ボランティアの募集及び育成に努めるとともに、活動費用の確保や総合事業への位置づけも視野に入れるなど、サービス提供体制の強化に努めます。

【介護予防・日常生活支援サービス事業】

	実績		見込	目標		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
訪問型サービス(人)	37	38	37	40	40	40
通所型サービス(人)	66	59	63	70	70	70
介護予防ケア マネジメント(件)	68	64	65	80	80	80

(5) 地域の支えあい活動等の支援

通いの場やサロンの設置は少しずつ増えてきていますが、住民主体による活動の場は少ないです。また、利用日の設定も月に1回や2回といった、本来の通いの場の目的が達成されていません。住民主体のリーダー的存在が不足しています。また、男性のサロン参加は低迷しているため、支える側としての参加呼びかけが必要と思われます。

今後、認知症予防やフレイル予防を中心にサロン活動の内容の充実を図ります。

	実績		見込	目標		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
サロン設置数	28	30	30	30	30	30

(6) 高齢者見守り施策の推進

① 高齢者単身世帯への訪問事業の実施

独り暮らし及び高齢者世帯の訪問は、看護師が月に数回の人から年に1回の人と、生活状況・健康状態に合わせて訪問頻度を設定して訪問しています。戸別訪問により、病気の時の早期受診や健診勧奨、認知症予防、閉じこもり予防等に繋がっています。

高齢者世帯に対しては、包括的支援事業による定期的な訪問を行っており、今後も継続して実施します。

② 民生委員による訪問の実施

町やサービス事業者とのかかわりが無い高齢者を、民生委員が訪問して生活等の状況を確認するとともに民生委員とのつながりをつくり、また、必要に応じて地域包括支援センター等の相談機関と連携して見守りや支援につないでいます。

今後も民生委員と連携を取りながら継続していきます。

③ 災害弱者緊急通報システム

災害弱者緊急通報システム利用者が体の調子が悪くなった場合など、緊急の事態に陥った時に、委託した警備会社に連絡が入っている緊急通報機器の貸与を実施しています。高齢者が安心して安全な生活が送れるよう、今後も継続して実施します。

(7) 住・生活環境の整備

①住まいに関する多様な居住支援

高齢者等が住み慣れた地域での居住を継続できるよう、ひとり暮らし高齢者等への効果的な支援として、高齢者一人ひとりの状態に対応した幅広い福祉サービスによる居住支援を行います。

また、養護老人ホーム、有料老人ホームなど家庭環境、住宅事情等で自立生活に支援が必要な人への支援のほか、在宅サービスの充実を図る等、多様な居住支援を行います。

◆やさしいまちづくり住宅改造助成事業

家庭での自立した生活と介護負担軽減のため行った住宅改造の費用の一部助成を実施しており、今後も継続して実施します。

	実績		見込	目標		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
件数(件)	0	0	0	1	1	1

◆養護老人ホーム

65歳以上の高齢者で、心身の状況、家庭環境等の問題により、自宅での生活が困難な方を対象に、サービスを提供しています。

②介護家族への支援

高齢者が住み慣れた地域での生活を継続するために、在宅で居宅サービスを利用しながら、家族の協力により生活している場合があります。家族介護者の身体的・経済的負担等を考慮し、高齢者及び家族介護者に対する支援を継続して実施します。

◆家族介護用品支給事業

町民税非課税世帯に属する人が、要介護4・5またはそれと同等の高齢者を在宅で介護している家族介護者に対して、介護用品を支給します。

介護者の経済的負担の軽減を図るとともに、高齢者が住み慣れた自宅での生活を維持できるよう今後も継続して実施します。

	実績		見込	目標		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
件数(件)	45	33	60	70	70	70
実利用者数(人)	7	7	9	10	10	10

◆家族介護慰労金

要介護3以上の人を引き続き1年以上在宅で介護している家族介護者に慰労金を支給します。ただし、90日以上、介護保険施設・医療機関等に入院・入所している人または介護サービス（生活介護、住宅改造、福祉用具等を除く）を利用した人は該当しません。

介護者の経済的・精神的負担の軽減を図るとともに、高齢者が住み慣れた自宅での生活を維持できるよう今後も継続して実施します。

	実績		見込	目標		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
件数（件）	1	0	2	2	2	2
実利用者数（人）	1	0	2	2	2	2

◆認知症対応型共同生活介護事業所の家賃等助成事業

認知症の方やその家族の経済的負担の軽減につながっています。

低所得者に対する家賃等及び食費に対する負担軽減を行っている事業所に対して、段階に応じて基準額（家賃等26,000円、食材料費26,000円）を除いた額に対して助成を行います（家賃等については上限額7,000円又は14,000円、食材料費については上限額2,000円又は4,000円）。

◆生活管理指導短期宿泊事業

身体上又は精神上的の障害があり、日常生活を営むのに支障がある人で、次の理由により家庭で生活することが困難な場合、一時的に施設へ入所できます。

- ・同居の家族が外出することにより、一時的に独居となる場合
- ・一時的に身体機能が低下した場合

日常生活を営むのに支障がある高齢者の日常生活支援や介護家族の負担軽減のための支援を行います。

◆食の自立支援事業（在宅高齢者配食サービス）

ひとり暮らしの高齢者、または高齢者のみの世帯で、自分で調理できない人に、昼食または夕食の配食を行います。

	実績		見込	目標		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
実利用者数（人）	6	6	9	10	10	10
のべ配食数（食）	809	651	1,200	2,400	2,400	2,400

◆家族介護教室と相談支援

町内の介護保険施設（老健・医療院）と共同で介護教室を開催しています。感染予防や身体介護で自身の健康を害しないような内容を提供しています。合わせて介護者の相談や必要時にはサービス利用へと繋げています。身体介護を行う場合に器具を使ったり、身体への負担軽減などの技術を専門職より指導をしてもらっています。

専門職からの指導を受けられるため、知識と技能向上になっているので、継続した教室開催を行っていきます。

	実績		見込	目標		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
開催件数（件）	0	0	5	5	5	5
参加者数（人）	0	0	145	150	150	150

（8）地域の福祉資源開発とネットワークづくりの推進

地区の福祉的課題を把握するとともに、住民や事業者等と協働し、集いの場や住民主体のサービスの創出を図る地域の福祉資源開発を行う事業について研究を行います。

今後も、地域包括支援センター等と連携して地区の福祉的課題を把握するとともに、住民や事業者等と協働し、地域の福祉資源開発を行う事業について研究を行います。

また、地域包括支援センターによる地域ケア会議の開催を通じて、地域包括ケアシステムの更なる深化に向けた地域のネットワークづくりを推進します。

2 地域ケア会議の充実

(1) 地域ケア会議の充実

令和5年度より、理学療法士、作業療法士の専門職を助言者とし、自立支援型地域ケア会議を実施しています。さらに、令和6年度より、栄養士、歯科衛生士を加えて、自立支援型地域ケア会議を実施していきます。また、提供された事例に関しては、自立支援に向けた助言をもとに、事例提供者へのモニタリングや評価表の提出を実施しています。

今後も、地域課題の資源開発や政策への反映を行うための地域ケア推進会議や支援困難ケース等を対象とした個別版地域ケア会議の実施など、各会議の内容充実に努めます。

基本目標 2 認知症施策の推進

1 認知症サポーターの養成及び活動活性化

高齢化の進展に伴い、今後更に認知症高齢者等の増加が見込まれる中、令和5年6月16日に認知症基本法が公布され、認知症の予防を推進するとともに、認知症高齢者等が尊厳を保ちつつ社会の一員として尊重される地域共生社会の実現が求められています。認知症になっても、できることを活かし、その人らしく過ごせるよう、周囲の理解と協力が必要です。

また、家族など身近な人が認知症を理解し、受け入れるまでには時間を要する傾向があります。認知症高齢者等だけでなく、その家族など、介護をしている人に対しても支援が適切に行われることが重要です。

(1) 認知症サポーターの養成と地域のネットワークづくり

これまで、若年層や現役世代など幅広い世代に認知症の方への理解を広めていく観点から、地域の集まりや小学校の授業等を通じて、認知症の人の見守りを実践する人を養成する認知症サポーター養成講座を実施し、若い世代の認知症サポーターの養成を推進し、地域ぐるみで見守る体制づくりを推進してきました。第8期計画期間中においては、2021年に100人、2022年に96人、2023年に167人のサポーターを養成することができました。今後も引き続き、毎年100名ずつの認知症サポーターを養成するとともに、サポーターが活用しやすい環境づくりや、アクティブチームのフォローアップ研修実施を通じた活動活性化を推進します。

さらに、認知症サポーター等を認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組み（チームオレンジ等）の構築及び設置を目指します。

(2) 行方不明認知症高齢者等の早期発見のための体制づくり

徘徊などにより行方がわからなくなった認知症高齢者等の早期発見のための取組として、認知症キャラバンメイトや茶北介護支援専門員会の会員の協力を得て、声かけ模擬訓練を住民参加型で年に1回開催しています。専門職間での連携についての確認はできていますが、町主管課を含め関係機関との連携については周知できていないため、周知に努めます。今後も引き続き関係機関との連携体制の構築を行います。

2 認知症地域支援推進員の活動と認知症初期集中支援チームの運営・活用の推進

(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連携

看護師の戸別訪問による認知症の早期発見と、認知症地域支援推進員による相談・対応で状況の把握を行っています。チームでの協議を実施する前に、病院受診へ繋がったり、サービス導入ができていないため、会議の開催には至っていない状況です。

今後は認知症サポート医の確保に努めるとともに、チームで対応できる取組を検討して実施します。

(2) 相談・支援体制の充実

認知症キャラバンメイト養成研修を受講するなど、職員の認知症に関する知識の向上に努めています。また、認知症疾患センターやかかりつけ医との連携を行っています。

今後は、令和5年度に新規に作成した認知症ケアパスの周知に努めるとともに、ケアパスを活用した相談・受診に努めます。

また、認知症家族交流会や認知症カフェの周知を図るとともに、若年性認知症に対する相談窓口及び支援の充実に努めます。

(3) 認知症家族介護者支援の充実

認知症の家族の負担軽減やネットワーク構築を目的として、認知症家族の交流会や認知症カフェの開催を推進しています。

今後は、新たな家族介護者への周知に努めるとともに、近所・地域の方に認知症を正しく理解してもらう取組を推進します。

【認知症カフェ】

	実績		見込	目標		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
開催回数(回)	17	16	21	20	20	20
参加延べ人数(人)	237	201	210	220	220	220

3 成年後見制度の利用促進に向けた取組の推進

(1) 成年後見制度の利用促進

成年後見制度は、認知症高齢者をはじめとする高齢者の権利擁護、虐待防止を図る上で重要な制度です。本町においても、町長申し立ての他、本人や親族による申し立ての支援を行っています。

また、令和5年4月より、苓北町社会福祉協議会において、法人後見事業を開始しています。

今後も成年後見制度利用促進基本計画を策定するとともに、引き続き制度の周知や相談窓口の充実など、住民の成年後見制度の利用促進に向けた支援を行います。

(2) 住民に対する広報・普及活動、制度の活用

住民に対しては、成年後見制度そのものが十分周知されているとは言えない状況です。今後も引き続き、成年後見制度の利用促進に向けた普及・啓発を推進します。

◆権利擁護事業

県、町、警察、福祉関係団体、医師会、人権擁護関係団体等と連携しながら、虐待の早期発見、虐待防止の啓発活動に取り組むとともに、個々の虐待のケースに応じて保健医療サービスなどの継続を支援します。

虐待に関する相談件数は増加しています。虐待の事例を把握した場合は、高齢者虐待防止法に基づき速やかにその高齢者を訪問して状況を確認し、事例に即した適切な対応をとります。

◆成年後見制度利用支援事業

身寄りのない重度認知症高齢者等が介護保険サービスの利用、財産管理、日常生活上の支援が必要な場合に、町長を申立人として成年後見人制度を利用する体制を整えており、後見人に対する報酬の助成を行っています。

成年後見制度の利用が必要な人の早期発見・支援につながる環境づくりを進めます。

	実績		見込	目標		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
対応件数(件)	0	0	0	1	1	1

4 高齢者等虐待防止の体制整備

(1) 高齢者等の虐待防止の体制整備

民生委員や関係機関（医療機関・警察等）からの情報を収集し、地域包括支援センターと同時に対応を行っています。状況に応じて面談を実施し、訪問をするなど早急な対応を行っています。虐待による身の危険性がある場合には、関係機関と連携をとり防止に努めています。

家族間で隠しかばい合う場合、訪問では気づけなかったり、本人が虐待を受けている若しくは、養護者の行為が虐待であることに気づいていない事例もあります。虐待防止の啓発資料配布などの取組を行っていきます。

また、ヤングケアラー問題など困りごとの発生や深刻化の背景に孤立が存在するケースも多いことから、困っている人を孤立させず、支援につないでいく体制整備に努めていきます。

基本目標3 在宅医療と介護の連携推進

1 医療と介護をはじめとした多職種連携体制づくり

医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けるためには、在宅医療と介護の一体的な提供が必要であり、訪問看護等の在宅医療の充実とともに、在宅医療と介護の連携強化が重要です。

◆地域の医療・介護サービス資源の把握と情報提供

天草郡市医師会に在宅医療・介護連携推進事業の実施を委託して、医療資源の提供を受けています。

また、地域の医療・介護サービス資源の把握を行い、地域包括支援センターにおいて、介護連携関連施設のガイドマップを作成し、医療・介護事業所への配布を行っています。

今後も天草郡市医師会と連携して、地域の医療・介護サービス資源の把握に努めます。

◆在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議

在宅医療・介護連携推進事業で委託している天草郡市医師会における各部会や事例検討会等を活用しつつ、医療関係団体、介護保険事業者と連携のもと、地域の医療・介護関係者等が参画する多職種合同カンファレンスを開催し、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、解決策等の協議を行い、入退院調整ルールの作成等を行っています。

今後も、定期的に会議を開催し、顔の見える在宅医療・介護連携を推進します。

◆在宅医療・介護サービスの情報の共有支援

多職種合同カンファレンス等により、地域の医療・介護関係者間の情報共有を支援しています。

引き続き、情報の共有支援に努めます。

◆切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

在宅医療・介護連携推進事業で、入退院時に途切れがちな医療と介護の情報について、あり方を検討しています。町独自の在宅医療・介護連携シートを改善しながら活用しています。今後も、切れ目なく在宅医療・介護サービスが一体的に提供されるよう検討を行います。

◆在宅医療・介護に関する相談支援

在宅医療・介護連携推進事業により、「天草地域在宅医療・介護連携室」を設置し、地域の医療・介護関係者や地域包括支援センターからの在宅医療・介護連携に関する相談を受付、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の調整や患者・利用者または、家族の要望を踏まえた、地域の医療機関等・介護事業者相互の紹介を行っています。今後も継続して、相談支援を実施します。

◆在宅医療・介護関係者の研修

在宅医療・介護連携推進事業により、多職種間でのグループワークや事例検討会、またそれぞれの分野について理解を深めるための研修会を開催します。

◆地域住民への普及啓発

これまで、在宅医療・介護連携推進事業により、在宅医療・介護サービスに関する講演会を開催しました。

今後も、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進するため、年1回程度、住民向け講座を開催します。

◆関係市町村の連携

在宅医療・介護連携推進事業は、天草圏域の2市1町が連携して、天草郡市医師会に委託しており、今後も必要に応じて、県や関係市町村との連携を図ります。

2 地域包括支援センターの人員体制の強化

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など、増加・多様化す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不可欠となっています。

地域包括ケアシステムを構築するうえでも中核的な役割を担うことから、町と苓北町社会福祉協議会と地域包括支援センターがそれぞれの役割を認識しながら、一体的な運営を行っています。

また、業務状況や業務量を把握・評価・点検するとともに、介護支援専門員など地域包括支援センターの人員の充実と予算の確保に努めます。

3 くまもとメディカルネットワークを活用した医療・介護の連携推進

熊本県においては、県医師会をはじめ、熊本大学医学部附属病院、県、関係団体が連携のもと、ICT（情報通信技術）を活用し、県内の病院、診療所、薬局、地域包括支援センター、介護関係施設等をネットワークで結ぶ「くまもとメディカルネットワーク」が運用されています。しかし、天草地域では、天草郡市医師会による独自のネットワークが構築され、独自の運用がなされておりますが、本町の包括支援センターはどちらのネットワークにも参加していません。

今後も引き続き、県・関係団体と連携を図り、本町の包括支援センターと協議しながら運用について検討していくとともに、くまもとメディカルネットワークの周知と参画の検討を行います。

基本目標4：多様な住まい・サービス基盤の整備

1 早急な対応が必要な方への対応

(1) 地域密着型介護サービスの整備

認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活を続けられるよう、地域包括ケアを推進するとともに、在宅生活が困難な方の地域生活の継続を支援するため、地域密着型認知症グループホームを第6期、第7期期間中に整備し、第8期計画期間中の整備は行いませんでした。

なお、地域密着型介護施設については、町介護保険運営協議会へ運営状況を報告するとともに、年1回実施指導を行っています。

【各年度における利用定員数】

	R6年度	R7年度	R8年度
認知症対応型共同生活介護	36人	36人	36人
小規模多機能型居宅介護	18人	18人	18人
看護小規模多機能型居宅介護	0人	0人	0人
介護老人福祉施設入所者生活介護	20人	20人	20人
特定施設入所者介護	0人	0人	0人

(2) 状況の変化による介護サービスの提供

①療養病床の転換への対応

国においては、医療の必要性の高い患者のための療養病床は確保しつつ、医療の必要性の低い患者について、こうした方々が利用している介護療養型医療施設を介護老人保健施設等への転換を図り、新しい受け皿として、長期療養のための医療と日常生活上の世話（介護）を一体的に提供する入所施設である介護医療院を新たに創設しました。

本町では、平成30年度に介護医療院49床を開設しています。第8期計画期間中においては、介護医療院等の整備は行っておらず、第9期計画期間中においても整備の予定はありません。

②慢性期機能からの介護施設・在宅医療等への転換への対応

国においては、病床の機能の分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制の構築を図る過程において、慢性期機能から介護施設・在宅医療等への転換が図られるものとしています。

本町においては、町内に介護医療院49床を平成30年10月に開設し、病床の機能の分化及び連携に伴い生じる、医療療養病床からの介護医療院への転換が行われました。

第8期計画期間中においては、介護医療院等の転換は行っておらず、第9期計画期間中においても転換の予定はありません。

2 高齢者向け住まいの確保

(1) 安心できる住まいの確保

住宅に困窮する低所得者向け町営住宅の供給を実施しており、今後も高齢者への優先入居を可能な限り推進します。併せて、民間賃貸住宅の供給促進（新たな住宅セーフティネット制度）についても検討します。また、町営住宅の改築・改修時にはバリアフリー化を推進します。

3 高齢者等の移動手手段の確保

在宅高齢者等移送サービス（タクシー乗車料金助成）について、対象者の要件緩和を行いより利用しやすい制度づくりを行いました。今後も継続して対象者が利用しやすい制度づくりを検討しながら、事業の充実に努めます。

基本目標5：介護人材の確保とサービスの質の向上

1 円滑な制度運営のための体制整備

(1) 地域包括支援センター事業の円滑な運営と公平性・中立性の確保

介護予防事業、包括的・継続的ケアマネジメント、総合相談支援及び権利擁護事業など、地域包括支援センターが担う事業が円滑に実施できるよう、主任ケアマネジャーや社会福祉士、保健師等の専門職による適切な人員配置を図るとともに、きめ細やかな研修を実施していきます。

(2) 密接な連携による介護予防事業の効果的な実施

地域支援事業や介護予防サービスを効率的、効果的に実施し、また、事業相互の継続性・整合性が確保されるよう、事業対象者の選定や高齢者の状況に応じたサービス提供に必要な情報交換を行い、健診事業や民生委員・児童委員の活動をはじめ、高齢者に係わる関係事業や関係機関・団体等による密接な連携を確保します。

(3) 公正・中立な要介護認定の推進

公平かつ迅速な要介護認定を推進できるよう、広域的な連携のもと、適正な認定調査の実施や介護認定審査会における審査判定の充実に一層取り組むとともに、そのために必要な研修等を実施します。

(4) 多様な人材の確保・定着

介護人材の育成・確保に向けて、関係団体と連携して養成講座の実施と内容充実に努めるとともに、継続して介護人材の育成と確保を行います。また、介護就労者が意欲と誇りをもって魅力ある職場でその能力を発揮して働くことができるように、能力の開発及び向上を図ります。

(5) 介護給付適正化に向けた取組の推進

介護保険料は、介護保険事業に係る費用（以下、「事業費」）の一定割合を負担する仕組みとなっており、事業費が増加すれば、介護保険料も増加します。この事業費、いわゆる介護給付が適正に行われているか、無駄な給付はないかなど、その給付の妥当性を確認することが「介護給付適正化」です。

本町では、介護給付適正化に向けて、主要5事業（要介護認定の適正化、ケアプランの点検、住宅改修の点検、縦覧点検・医療情報との突合、介護給付費通知）を実施していますが、国の基本指針において、主要5事業から主要3事業への再編が行われたことから、本町においても指針に基づき適切に事業を実施します。

【給付適正化主要3事業への再編】

主要5事業	見直しの方向	主要3事業（再編）
要介護認定の適正化	・ 要介護認定の平準化を図る取組をさらに進める	要介護認定の適正化
ケアプランの点検	・ 一本化する	ケアプランの点検等 (1) ケアプランの点検 (2) 住宅改修の点検 (3) 福祉用具購入・貸与調査
住宅改修等の点検・福祉用具購入・貸与調査	・ 国保連からの給付実績帳票を活用し、費用対効果が期待される帳票に重点化する	
医療情報との突合・縦覧点検	・ 費用対効果が期待される帳票に重点化する ・ 小規模保険者等にも配慮し、都道府県の関与を強める	医療情報との突合・縦覧点検
介護給付費通知	・ 費用対効果が見えにくいため、主要事業から外す	

■ ケアプラン点検

	【実績値（H30～R2）】
ケアプラン点検 (点検数/要介護認定者数)	点検率 100% 点検数 362/362
高齢者向け住まい入居者のケアプラン点検 (点検数/対象者数)	点検率 100% 点検数 10/10
ケアプラン見直しに至った ケアプラン数	ケアプラン数 0件

■医療情報突合及び縦覧点検

	【実績値 (H30~R2)】	
医療情報突合の実施件数 (実施月数・実施件数)	実施月数	24月
	実施件数	51件
縦覧点検の実施件数 (実施月数・実施件数)	実施月数	24月
	実施件数	1,302件
過誤申立件数及び金額	申立件数	4件
	申立金額	49,277円

①ケアプラン点検の活用

介護支援専門員が作成したケアプランについて、事業者に資料提出を求め又は訪問調査を行う等により、町職員等の第三者が点検及び支援を行います。それにより、個々の受給者が真に必要なサービスを確保するとともに、その状況に適合していないサービス提供を改善します。

保険者の取組目標	R6年度	R7年度	R8年度
課題整理総括表を活用した ケアプラン点検 【点検率13%以上】 ※点検率=点検件数/居宅サービス利用者数	点検率 15%	点検率 15%	点検率 15%
地域ケア会議等を活用した 多職種によるケアプラン点検 【点検月数：12月】	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月
高齢者向け住まい入居者の ケアプラン点検 【点検率：5%】	点検率 5%	点検率 5%	点検率 5%

②医療情報突合及び縦覧点検の活用

医療情報突合は、受給者の後期高齢者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います。また、縦覧点検は、受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払状況を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数、算定日数等の点検を行っており、どちらも熊本県国民健康保険団体連合会の介護給付適正化システムにより抽出された情報により、事業所に確認を行っています。

今後も、引き続き熊本県国民健康保険団体連合会から提供される帳票により、全ての医療情報突合と縦覧点検を実施し、介護給付費の適正化に取り組めます。

保険者の取組目標	R6年度	R7年度	R8年度
医療情報突合の実施 【点検月数：12月】	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月
縦覧点検の実施 【点検月数：12月】	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月

③住宅改修の施工前点検

被保険者から提出された住宅改造助成費の申請に伴い、被保険者、家族介護者、介護支援専門員の立ち会いのもと、全ての申請について施工前の点検を行い、住宅改修の適正化を行ってきました。

今後も引き続き、必要に応じて、全ての申請について施工前の点検を行い、第8期計画中にはリハビリテーション職員による施工前点検への立ち会いができませんでした。第9期計画期間においては、全申請の10%を目標として、リハビリテーション職員による施工前点検への立ち会いを求めていきます。

保険者の取組目標	R6年度	R7年度	R8年度
住宅改修の施工前点検 【点検率：100%】	点検率 100%	点検率 100%	点検率 100%
建築専門職・リハビリテーション 専門職による点検 【点検率：10%】	点検率 10%	点検率 10%	点検率 10%

2 保険者としての支援体制の充実

(1) 情報提供や指導監督等の充実

要介護度に応じた適切なケアプランの作成とサービス提供が行われるよう、事業所に対する働きかけや改善効果の高いケアプラン、サービス内容等について地域包括支援センターを通じて情報提供を行い、サービスの質的な向上を促進します。

また、地域密着型介護サービス事業所、介護保険事業所等の指定及び更新や、必要な指導監督事務の適切に運営します。

(2) 関係施策・事業との連携強化

介護保険制度や医療保険制度の改正等により、高齢者に関する医療・保健・福祉・介護等の施策の在り方が変化しており、これらの施策間の相互連携がこれまで以上に必要となっています。また、高齢者を取りまく環境は多岐にわたっており、地域での自立した生活を支援していくためには広範な施策領域での連携も不可欠です。

このため、庁内関係課とより密接な連携を図りながら、事業実施による相乗効果がより高められるよう高齢社会対策の総合的な推進に努めます。

3 利用者本位のサービス提供の推進

(1) 制度の周知徹底と相談支援体制の構築

介護保険サービスをはじめとする各種サービスの利用促進を図るため、パンフレット、広報誌、ホームページ等を活用して、住民への制度周知に努めます。

さらに、介護保険や高齢者福祉サービスの利用の仕方、介護の方法に関すること等、高齢者が理解・利用しやすい情報を提供していくとともに、高齢者やその家族が抱える悩みなどに適切に対応できるよう、地域包括支援センター、民生委員等と連携・協力しながら、高齢者が身近な地域で気軽に相談できる体制づくりに努めます。

	実績		見込	目標		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
相談件数(件)	488	523	377	400	400	400

(2) 介護サービスの質の向上

高齢者に対して良質なサービスを提供するためには、サービスを提供する人材の資質の向上が重要です。そのため、町職員や地域包括支援センター職員、介護保険サービス提供事業者職員等に対する様々な研修の機会を確保します。

さらに、介護保険サービスに関する利用者からの相談・苦情に対応するため、地域包括支援センターや県と町が連携した相談・苦情処理体制の確立に努めます。

(3) 低所得者への支援

今後の更なる高齢化に伴い、介護費用の増加と保険料負担水準の上昇が予測されます。公平に介護保険サービスを利用するため、法に基づく低所得者に対するサービス利用負担の軽減を実施するとともに、地域支援事業等の様々な制度を活用した支援策を検討・実施します。

基本目標6 災害や感染症への対応

近年、全国各地において、自然災害の発生や新型コロナウイルス感染症の流行等により、介護サービス利用者の安全が脅かされたり、サービス利用が制限されたりするケースが発生しています。

介護サービスの提供にあたり、利用者の安全を確保するとともに、サービスの提供が途切れることがないように、災害や感染症に対する備えを強化していく必要があります。

1 災害に対する備え

日頃から介護事業所等と連携し、避難訓練の実施や防災啓発活動、介護事業所等におけるリスクや、食料、飲料水、生活必需品、燃料その他の物資の備蓄・調達状況の確認を行います。

このため、介護事業所等で策定している災害に関する具体的計画を定期的を確認するとともに、業務継続に向けた計画（BCP）の策定、災害の種類別に避難に要する時間や避難経路等の確認を促します。

2 感染症に対する備え

日頃から介護事業所等と連携し、感染拡大防止策の周知啓発や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います。

このため、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を確認するとともに、業務継続に向けた計画（BCP）の策定、介護事業所等の職員が感染症に対する理解や知見を有した上で業務に当たることができるよう、感染症に対する研修の充実等を図ります。

また、感染症発生時も含めた都道府県や保健所、協力医療機関等と連携した支援体制の整備を図ります。

さらに、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・輸送体制について確認します。

第5章

介護保険サービスの見込みと 介護保険料の算出

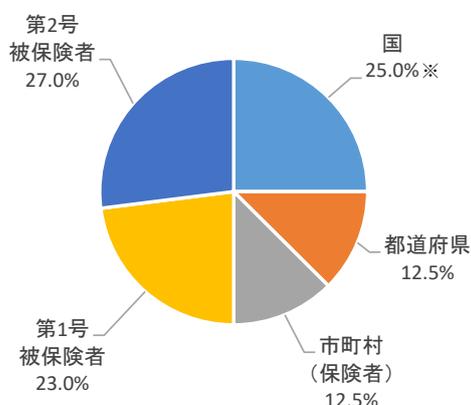
第5章 介護保険サービスの見込みと介護保険料の算出

1 財源構成

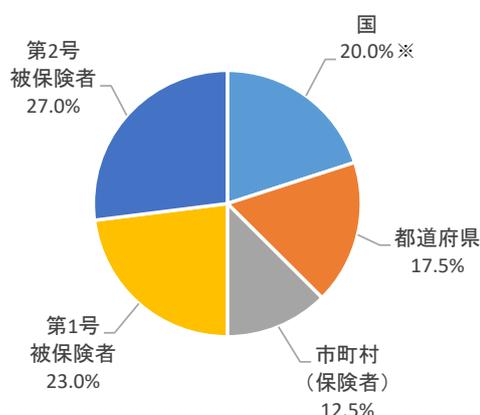
全国の介護保険被保険者が公平に費用（介護給付費・地域支援事業費）負担するように、第1号被保険者と第2号被保険者の負担割合は、3年（事業計画期間）ごとに、全国規模の人口比率で定められています。介護給付費及び地域支援事業費の負担割合は下図のとおりです。

(1) 介護給付費の財源構成

【居宅サービス・地域密着型サービス給付費】

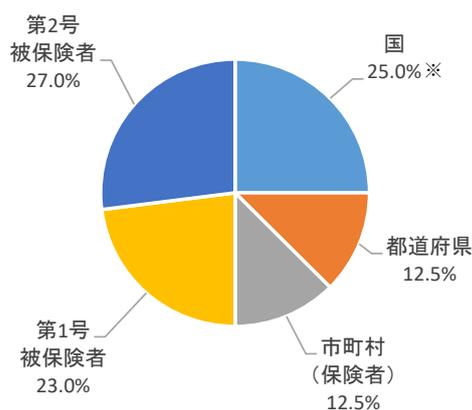


【施設給付費】

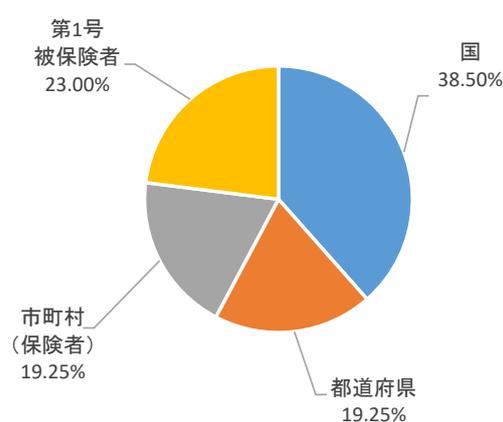


(2) 地域支援事業費の財源構成

【介護予防・日常生活支援事業】



【包括的支援事業・任意事業】



※「居宅サービス・地域密着型サービス給付費」、「施設給付費」、「介護予防・日常生活支援事業」の国の負担割合には、市町村ごとの介護保険財政の調整を行うため、全国ベースで給付費の5%相当分を交付する調整交付金が含まれます。

2 被保険者数及び認定者数の推移

(1) 被保険者数の推計

(単位：人)	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 12年度	令和 22年度
総人口	6,867	6,821	6,674	6,528	6,381	6,247	5,712	4,453
高齢化率(%)	43.8	44.5	45.3	46.0	46.8	47.4	49.6	53.9
第1号被保険者数	2,855	2,835	2,812	2,793	2,772	2,734	2,590	2,243
65～69歳	678	656	633	610	586	560	458	394
70～74歳	620	622	625	627	629	608	528	352
75～79歳	402	421	440	460	480	482	491	326
80～84歳	444	429	413	399	384	407	497	435
85～89歳	399	392	385	379	373	359	308	419
90歳以上	312	315	316	318	320	318	308	317
第2号被保険者数	2,171	2,107	2,041	1,977	1,913	1,861	1,655	1,207
被保険者総数	5,026	4,942	4,853	4,770	4,685	4,595	4,245	3,450

(2) 認定者数の推計

(単位：人)	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 12年度	令和 22年度
要支援1	54	53	45	45	46	46	47	45
要支援2	77	60	59	59	60	60	60	59
要介護1	117	123	107	100	100	98	97	108
要介護2	80	79	93	97	94	93	95	102
要介護3	63	61	58	55	56	56	57	58
要介護4	77	71	75	77	80	80	82	83
要介護5	42	46	36	34	33	34	34	35
総数	510	493	473	467	469	467	472	490

※第1号被保険者数（第2号被保険者数は含まず）

3 サービス給付費の見込み

(1) 介護サービス給付費の見込み

単位：千円

サービス区分		令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 12年度	令和 22年度
居 宅	訪問介護（ホームヘルプ）	12,897	12,631	12,631	12,198	12,631
	訪問入浴介護	1,224	1,241	1,241	1,241	1,241
	訪問看護	9,321	9,135	9,135	9,986	10,769
	訪問リハビリテーション	958	959	959	959	959
	居宅療養管理指導	1,670	1,491	1,586	1,494	1,578
	通所介護（デイサービス）	49,160	49,489	48,492	48,492	51,014
	通所リハビリテーション	66,888	66,666	66,666	65,829	66,225
	短期入所生活介護	3,273	3,277	3,277	3,277	3,277
	短期入所療養介護	6,322	6,330	6,330	6,330	6,330
	特定施設入居者生活介護	3,052	3,056	3,056	3,056	3,056
	福祉用具貸与	11,296	11,296	11,296	11,494	11,735
	特定福祉用具購入費	1,640	1,640	1,640	1,640	1,640
	住宅改修	3,132	3,132	3,132	3,132	3,132
	居宅介護支援	18,386	18,281	18,414	18,334	18,870
地 域 密 着 型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	0	0	0
	夜間対応型訪問介護	0	0	0	0	0
	認知症対応型通所介護	0	0	0	0	0
	小規模多機能型居宅介護	24,035	24,066	24,066	22,620	26,053
	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	105,791	102,992	103,319	97,501	103,180
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	54,066	54,135	54,135	54,135	51,059
	看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0	0
	地域密着型通所介護	0	0	0	0	0
施 設	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	128,509	128,672	128,672	122,327	119,033
	介護老人保健施設	246,084	246,395	246,395	225,792	232,512
	介護医療院	111,490	111,631	111,631	115,688	111,631
合計		859,194	856,515	856,073	825,525	835,925

(2) 介護予防サービス給付費の見込み

単位：千円

サービス区分		令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 12年度	令和 22年度
居 宅	介護予防訪問入浴介護	0	0	0	0	0
	介護予防訪問看護	2,095	2,346	2,346	2,346	2,098
	介護予防訪問リハビリテーション	118	118	118	118	118
	介護予防居宅療養管理指導	81	81	81	81	81
	介護予防通所リハビリテーション	25,002	25,034	24,500	24,748	23,146
	介護予防短期入所生活介護	0	0	0	0	0
	介護予防短期入所療養介護	0	0	0	0	0
	介護予防特定施設入居者生活介護	0	0	0	0	0
	介護予防福祉用具貸与	3,067	3,029	2,940	3,029	2,760
	介護予防特定福祉用具購入費	547	547	547	547	547
	介護予防住宅改修	1,324	1,324	1,324	1,324	1,324
	介護予防支援	4,156	4,105	4,050	4,049	3,773
地 域 密 着 型	介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0	0	0
	介護予防小規模多機能型居宅介護	5,292	5,790	5,790	5,298	5,298
	介護予防認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	0	0	0	0	0
合計		41,682	42,374	41,696	41,540	39,145

(3) サービス基盤の整備方針

令和22年(2040年)のサービス水準などや高齢者を取り巻く環境を見据え、第9期計画期間における各サービスの適切な運営や基盤整備に努めます。

① 居宅サービス

ア) 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、入浴・排泄・食事などの介助や、家事などの日常生活の援助を行います。

		実績		見込み	第9期見込み		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	回数/月	510.3	446.2	355.3	359.4	351.5	351.5
	人数/月	34	30	25	22	22	22

イ) 介護予防訪問入浴介護・訪問入浴介護

浴槽を積んだ入浴車などで自宅を訪問して、入浴の介助を行います。

		実績		見込み	第9期見込み		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	回数/月	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数/月	0	0	0	0	0	0
介護 給付	回数/月	8	8	7	8.2	8.3	8.3
	人数/月	2	1	1	1	1	1

ウ) 介護予防訪問看護・訪問看護

主治医の指示に基づいて看護師などが自宅を訪問して、療養上の世話や手当てを行います。

		実績		見込み	第9期見込み		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	回数/月	52.3	40.5	39.9	33.1	37.1	37.1
	人数/月	9	8	8	7	8	8
介護 給付	回数/月	131.6	98.9	96.6	130.8	127.8	127.8
	人数/月	24	20	17	19	19	19

エ) 介護予防訪問リハビリテーション・訪問リハビリテーション

理学療法士や作業療法士が自宅を訪問して、日常生活の自立を助けるための機能訓練を行います。

		実績		見込み	第9期見込み		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	回数/月	55.6	30.0	7.8	3.2	3.2	3.2
	人数/月	4	2	1	1	1	1
介護 給付	回数/月	38.3	26.0	26.4	23.7	23.7	23.7
	人数/月	4	3	3	15	15	15

オ) 介護予防居宅療養管理指導・居宅療養管理指導

通院が困難な人に対し、医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士などが自宅を訪問して、療養上の世話や指導を行います。

		実績		見込み	第9期見込み		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	人数/月	1.1	0.2	1	1.0	1.0	1.0
介護 給付	人数/月	7	7	19	18	16	17

カ) 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などを通じた機能訓練を行います。

		実績		見込み	第9期見込み		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	回数/月	418.9	431.9	550.1	524.6	527.0	513.8
	人数/月	35	35	38	37	37	36

キ) 介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーション

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

		実績		見込み	第9期見込み		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	人数/月	60	49	48	52	52	51
	回数/月	860.1	723.9	703.9	660.9	657.6	657.6
介護 給付	回数/月	90	79	71	63	62	62
	人数/月						

ク) 介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護

施設などに短期間入所し、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。本計画期間において、当該サービスの利用は、現状維持と見込みますが、事業者等の整備意向等があった場合は、必要に応じて検討します。

		実績		見込み	第9期見込み		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	回数/月	5.3	6.3	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数/月	1	1	0	0	0	0
介護 給付	回数/月	53.4	49.3	51.3	33.7	33.7	33.7
	人数/月	7	8	11	11	11	11

ケ) 介護予防短期入所療養介護・短期入所療養介護

介護老人保健施設などに短期間入所し、食事・入浴・排泄、その他の日常生活の介護や看護・機能訓練を行います。

		実績		見込み	第9期見込み		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	回数/月	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数/月	0.1	0	0	0	0	0
介護 給付	回数/月	42.3	69.5	56.1	49.0	49.0	49.0
	人数/月	6	8	6	6	6	6

コ) 介護予防福祉用具貸与・福祉用具貸与

車いす・特殊寝台・体位変換器・歩行補助つえ、歩行器・徘徊感知器・移動用リフトなど、日常生活の便宜を図るための用具を貸与します。

		実績		見込み	第9期見込み		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防給付	人数/月	36	37	36	40	39	38
介護給付	人数/月	63	61	68	70	70	70

サ) 介護予防福祉用具購入費・福祉用具購入費

心身の機能が低下した人に、入浴や排泄に用いる購入費の一部を支給します。

		実績		見込み	第9期見込み		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防給付	人数/月	1	1	1	1	1	1
介護給付	人数/月	2	2	2	2	2	2

シ) 介護予防住宅改修・住宅改修

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など、小規模な住宅改修をする場合、改修費の一部を支給します。

		実績		見込み	第9期見込み		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防給付	人数/月	1	1	1	1	1	1
介護給付	人数/月	1	1	2	2	2	2

ス) 介護予防特定施設入居者生活介護・特定施設入居者生活介護

有料老人ホームなどで、入浴・排泄・食事、その他日常生活上の世話や機能訓練を行います。

		実績		見込み	第9期見込み		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防給付	人数/月	0	0	0	0	0	0
介護給付	人数/月	1	1	1	1	1	1

セ) 介護予防支援・居宅介護支援

介護予防支援は、要支援者がサービスを利用する際に、介護予防サービス計画（介護予防ケアプラン）を作成し、サービス事業者との連携調整などの支援を行います。

居宅介護支援は、要介護者がサービス（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、サービス事業者との連絡調整などの支援を行います。

		実績		見込み	第9期見込み		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	人数/月	82	72	69	75	74	73
介護 給付	人数/月	140	135	134	128	127	128

②施設サービス

ア) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

介護が必要で、自宅での介護が難しい人が入所し、食事・入浴・排泄などの介助、機能訓練、健康管理などを行う施設サービスです。

現在、町内に2つの施設が整備されています。

本計画期間において、新たな整備は行いません。

		実績		見込み	第9期見込み		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	人数/月	45	42	39	39	39	39

イ) 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人が入所し、医学的な管理の下での介護、機能訓練、日常生活の介助などを行う施設サービスです。

現在、町内に2つの施設が整備されています。

本計画期間において、新たな整備は行いません。

		実績		見込み	第9期見込み		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	人数/月	73	76	70	70	70	70

ウ) 介護医療院

急性期の治療が終わって、長期の療養が必要な人が入所し、医療、療養上の管理、看護などを行う施設サービスです。

本計画期間において、新たな整備は行いません。

		実績		見込み	第9期見込み		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	人数/月	23	27	29	29	29	29

③地域密着型サービス

ア) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

日中及び夜間を通じて、訪問介護と訪問看護の両方を提供し、定期的な巡回訪問と随時の対応を行うサービスです。

本計画期間において、当該サービスの利用は、現状維持と見込みます。

		実績		見込み	第9期見込み		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	人数/月	0	0	0	0	0	0

イ) 地域密着型通所介護

定員が18人以下の小規模な通所介護施設で、日常生活の世話や機能訓練などを行います。

本計画期間において、当該サービスの利用は、現状維持と見込みます。

		実績		見込み	第9期見込み		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	回数/月	0.3	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数/月	0.1	0.3	0	0	0	0

ウ) 介護予防認知症対応型通所介護・認知症対応型通所介護

認知症の利用者に対して、入浴、排せつ、食事等の介護や生活等に関する相談、健康状態の確認、機能訓練（リハビリテーション）等を行います。

本計画期間において、当該サービスの利用は、現状維持と見込みます。

		実績		見込み	第9期見込み		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	回数/月	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数/月	0	0	0	0	0	0
介護 給付	回数/月	2.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数/月	1	0	0	0	0	0

エ) 介護予防小規模多機能型居宅介護・小規模多機能型居宅介護

小規模な住宅型の施設で、施設への通いを中心に、居宅への訪問、短期間の宿泊を組み合わせ、入浴、排泄、食事等の介護、機能訓練を行います。

現在、町内に1つの事業所が整備されています。

本計画期間において、当該サービスの利用は、現状維持と見込みます。

		実績		見込み	第9期見込み		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	人数/月	6	7	8	8	9	9
介護 給付	人数/月	18	17	14	13	13	13

オ) 介護予防認知症対応型共同生活介護・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が少人数で共同生活をしながら、家庭的雰囲気の中で日常生活の世話や機能訓練などを行います。

現在、町内に2か所4ユニット（定員36人）が整備されています。

本計画期間において、当該サービスの利用は、現状維持と見込みます。

		実績		見込み	第9期見込み		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
予防 給付	人数/月	1	0	0	0	0	0
介護 給付	人数/月	32	35	35	37	36	36

カ) 施設の用途変更の必要性

今後、介護者のニーズに合わせた対応が必要となることから、施設の種別・用途変更も念頭におき、事業所等と協議をしながら、整備を進めていく必要がある。

4 標準給付費等の見込み

(1) 標準給付費の見込み

単位：円

区 分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	第9期合計	令和22年度
総給付費	900,876,000	898,889,000	897,769,000	2,697,534,000	875,070,000
特定入所者介護サービス費等給付額	37,934,745	38,382,568	38,302,604	114,619,917	39,847,964
高額介護サービス費等給付額	26,241,505	26,552,697	26,497,379	79,291,581	27,548,649
高額医療合算介護サービス費等給付額	1,101,477	1,113,071	1,110,752	3,325,300	1,173,363
算定対象審査支払手数料	665,199	672,228	670,808	2,008,235	708,651
標準給付費見込額	966,818,926	965,609,564	964,350,543	2,896,779,033	944,348,627

(2) 地域支援事業費の見込み

単位：円

区 分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	第9期合計	令和22年度	
介護予防・日常生活支援総合事業費	30,821,800	32,583,400	33,397,400	96,802,600	28,587,836	
包括的支援事業・任意事業費	27,450,000	27,700,000	28,558,000	83,708,000	21,324,453	
内 訳	地域包括支援センターの運営	27,450,000	27,700,000	28,558,000	83,708,000	21,324,453
	任意事業	0	0	0	0	0
包括的支援事業（社会保障充実分）	586,000	616,000	644,000	1,846,000	556,000	
内 訳	在宅医療・介護連携推進事業	364,000	364,000	364,000	1,092,000	364,000
	生活支援体制整備事業	0	0	0	0	0
	認知症初期集中支援推進事業	0	0	0	0	0
	認知症地域支援・ケア向上事業	0	0	0	0	0
	認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業	0	0	0	0	0
	地域ケア会議推進事業	222,000	252,000	280,000	754,000	192,000
地域支援事業費計	58,857,800	60,899,400	62,599,400	182,356,600	50,468,289	

5 第1号被保険者の保険料収納必要額

単位：円

区 分	令和6年度	令和7年度	令和8年度	第9期合計	令和22年度
標準給付費見込額	966,818,926	965,609,564	964,350,543	2,896,779,033	944,348,627
地域支援事業費	58,857,800	60,899,400	62,599,400	182,356,600	50,468,289
第1号被保険者負担分相当額	235,905,647	236,097,062	236,198,487	708,201,196	258,652,398
調整交付金相当額	49,882,036	49,909,648	49,887,397	149,679,082	48,646,823
調整交付金見込交付割合	9.73%	9.52%	9.15%	/	12.69%
後期高齢者加入割合 補正係数	0.8607	0.8759	0.8947		0.8010
所得段階別加入割合 補正係数	0.9228	0.9173	0.9160		0.8794
調整交付金見込額	97,070,000	95,028,000	91,294,000	283,392,000	123,466,000
財政安定化基金償還金	/	/	/	0	/
準備基金の残高 (令和5年度末の見込額)	/	/	/	54,000,000	20,000,000
準備基金取崩額	/	/	/	40,000,000	10,000,000
市町村特別給付費等	0	0	0	0	0
保険者機能強化推進交付金等 の交付見込額	/	/	/	3,000,000	1,500,000
保険料収納必要額	/	/	/	531,488,277	172,333,221

6 第1号被保険者の介護保険料基準額の算定

第9期計画期間中の保険料基準額については、以下の手順にて算出を行いました。

単位：円

標準給付費見込額	2,896,779,033
+	
地域支援事業費（3年間）	182,356,600
=	
介護保険事業費見込額（3年間）	3,079,135,633
×	
第1号被保険者負担割合	23%
=	
第1号被保険者負担分相当額（3年間）	708,201,196
+	
調整交付金相当額（3年間）	149,679,082
-	
調整交付金見込額（3年間）	283,392,000
+	
財政安定化基金拠出金見込額	0
-	
財政安定化基金取崩による交付額	0
-	
保険者機能強化推進交付金等の交付見込額	3,000,000
-	
準備基金取崩額	40,000,000
+	
市町村特別給付費等	
=	
保険料収納必要額（3年間）	531,488,277
÷	
予定保険料収納率	98.90%
÷	
所得段階別加入割合補正後第1号被保険者数（3年間）	7,625
≡	
年額保険料	70,479
÷	
12か月	
=	
月額保険料（基準額）	5,873
（参考）第8期の第1号被保険者の保険料の基準額（月額）	5,800

7 介護保険料の設定

(1) 第9期介護保険料の設定

国が提供している「見える化システム」による保険料の推計では、第9期の介護保険料は基準額（月額）5,873円となりましたが、本町では、第9期の保険料を第8期から据え置くこととし、基準額（月額）5,800円とします。

第9期の基準額（月額）	5,800円
-------------	--------

(参考) 令和22年度（2040年）度の基準額（月額）	7,378円
--------------------------------	--------

8 第1号被保険者の所得段階区分の設定

(1) 所得段階区分

第9期計画期間においては、所得に応じて13段階に区分し、保険料を設定します。

所得区分	対象者	保険料率	月額 (円)	年額 (円)
第1段階	●生活保護を受けている方 ●世帯全員が市町村民税非課税で、老齢福祉年金を受けている方 ●世帯全員が市町村民税非課税で、前年の課税年金収入額+合計所得金額が80万円以下の方	0.285	1,660	19,920
第2段階	●世帯全員が市町村民税非課税で、前年の課税年金収入額+合計所得金額が80万円超120万円以下の方	0.485	2,820	33,840
第3段階	●世帯全員が市町村民税非課税で、前年の課税年金収入額+合計所得金額が120万円超の方	0.685	3,980	47,760
第4段階	●世帯に市町村民税課税者がいるが、本人は市町村民税非課税かつ前年の課税年金収入額+合計所得金額が80万円以下の方	0.900	5,220	62,640
第5段階 (基準額)	●世帯に市町村民税課税者がいるが、本人は市町村民税非課税で上記以外の方	1.000	5,800	69,600
第6段階	●本人が市町村民税課税で、前年の合計所得金額が120万円未満の方	1.2	6,960	83,520
第7段階	●本人が市町村民税課税で、前年の合計所得金額が120万円以上210万円未満の方	1.3	7,540	90,480
第8段階	●本人が市町村民税課税で、前年の合計所得金額が210万円以上320万円未満の方	1.5	8,700	104,400
第9段階	●本人が市町村民税課税で、前年の合計所得金額が320万円以上410万円未満の方	1.7	9,860	118,320
第10段階	●本人が市町村民税課税で、前年の合計所得金額が410万円以上500万円未満の方	1.9	11,020	132,240
第11段階	●本人が市町村民税課税で、前年の合計所得金額が500万円以上590万円未満の方	2.1	12,180	146,160
第12段階	●本人が市町村民税課税で、前年の合計所得金額が590万円以上680万円未満の方	2.3	13,340	160,080
第13段階	●本人が市町村民税課税で、前年の合計所得金額が680万円以上の方	2.4	13,920	167,040

※ 「合計所得金額」とは、1年間の収入額から必要経費などを引いた額をいいます。例えば、年金収入のみの方であれば、「年金収入額-公的年金等控除額=合計所得金額」となります。年金以外に所得があれば、他の所得も合わせたものが合計所得金額になります。

※ 保険料率については、第1段階の0.455を0.285、第2段階の0.685を0.485、第3段階の0.69を0.685に軽減しています。

※ 保険料の年額に10円未満の端数が生じる場合は、切り捨てた金額になります。

(2) 所得段階別加入者数

所得区分	対象者	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	合計
第1段階	<ul style="list-style-type: none"> ●生活保護を受けている方 ●世帯全員が市町村民税非課税で、老齢福祉年金を受けている方 ●世帯全員が市町村民税非課税で、前年の課税年金収入額＋合計所得金額が80万円以下の方 	491	485	480	1,456
第2段階	<ul style="list-style-type: none"> ●世帯全員が市町村民税非課税で、前年の課税年金収入額＋合計所得金額が80万円超120万円以下の方 	390	380	374	1,144
第3段階	<ul style="list-style-type: none"> ●世帯全員が市町村民税非課税で、前年の課税年金収入額＋合計所得金額が120万円超の方 	323	325	325	973
第4段階	<ul style="list-style-type: none"> ●世帯に市町村民税課税者がいるが、本人は市町村民税非課税かつ前年の課税年金収入額＋合計所得金額が80万円以下の方 	252	290	290	832
第5段階	<ul style="list-style-type: none"> ●世帯に市町村民税課税者がいるが、本人は市町村民税非課税で上記以外の方 	461	457	445	1,363
第6段階	<ul style="list-style-type: none"> ●本人が市町村民税課税で、前年の合計所得金額が120万円未満の方 	460	430	420	1,310
第7段階	<ul style="list-style-type: none"> ●本人が市町村民税課税で、前年の合計所得金額が120万円以上210万円未満の方 	240	230	225	695
第8段階	<ul style="list-style-type: none"> ●本人が市町村民税課税で、前年の合計所得金額が210万円以上320万円未満の方 	86	90	90	266
第9段階	<ul style="list-style-type: none"> ●本人が市町村民税課税で、前年の合計所得金額が320万円以上410万円未満の方 	31	31	31	93
第10段階	<ul style="list-style-type: none"> ●本人が市町村民税課税で、前年の合計所得金額が410万円以上500万円未満の方 	21	21	21	63
第11段階	<ul style="list-style-type: none"> ●本人が市町村民税課税で、前年の合計所得金額が500万円以上590万円未満の方 	4	4	4	12
第12段階	<ul style="list-style-type: none"> ●本人が市町村民税課税で、前年の合計所得金額が590万円以上680万円未満の方 	9	9	9	27
第13段階	<ul style="list-style-type: none"> ●本人が市町村民税課税で、前年の合計所得金額が680万円以上の方 	25	20	20	65
合計		2,793	2,772	2,734	8,299

第6章

計画の推進と進行管理

第6章 計画の推進と進行管理

1 計画の推進と進行管理

計画の実現のためには、計画に即した事業がスムーズに実施されるように管理するとともに、年度ごとに計画の進捗状況及び成果を点検・評価し、本町における介護保険事業運営上の諸問題等の協議・解決策の検討を行い、本計画の実効性と介護保険事業の健全運営の維持を目指します。また、今後国が設定する評価指標項目については毎年度の実績を把握して評価を行います。

2 関係機関との連携

(1) 庁内の連携

本計画に係る事業は、保健事業、介護保険サービス、介護予防、高齢者福祉サービスなどの保健福祉関連分野だけでなく、町づくりや生涯学習など多岐にわたる施策が関連します。

このため、関係各課が連携し、一体となって取組を進めることで、計画の円滑な推進を図ります。

(2) 地域住民、関連団体、事業者等との連携

地域住民の多様な活動への参加を支援するとともに、高齢者を支援する各種ボランティア団体やサークルなどの活動とも連携し、高齢者が地域で活動しやすい環境づくりに取組めます。

また、地域福祉の推進を図ることを目的として設立された社会福祉協議会や医師会、歯科医師会、薬剤師会、民生委員・児童委員、老人クラブ等の保健・医療・福祉・介護等に関わる各種団体等との連携を一層強化します。

さらに、介護サービスや町が委託するその他の高齢者福祉サービスの提供者として、重要な役割を担っている民間事業者との連携を図るとともに、サービスの質の向上や効率的なサービス提供、利用者のニーズ把握、苦情対応、情報提供などについて、適切な対応が図られるよう体制の整備に努めます。

3 重点的取組と目標の設定について

介護保険法第117条に基づき、市町村は「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」に関して本計画期間中に取り組むべき事項及びその目標値を定めることとされています。

第9期中は、本町では高齢者人口に大きな変化はありませんが、支える世代は減少していくこと、要介護認定者に認知症を有する人の割合が増加見込みという現状を踏まえ、第4章の基本目標1及び基本目標2における評価指標を、重点的な取組と目標として決めました。

さらに、介護保険事業の適正な運営を目指し、介護給付費の適正化に向けた取組を目標として取組を推進します。

以下の取組(再掲)を本計画期間中の重点的取組として目標を定め、介護保険法に基づく実績評価を毎年度行い、PDCAサイクルによる取組を進めます。

(1) 被保険者の自立支援、介護予防又は重度化防止に関する事項

【介護予防・日常生活支援サービス事業】

	実績		見込	目標		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
訪問型サービス(人)	37	38	37	40	40	40
通所型サービス(人)	66	59	63	70	70	70
介護予防ケア マネジメント(件)	68	64	65	80	80	80

【地域の支えあい活動等の支援】

	実績		見込	目標		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
サロン設置数	28	30	30	30	30	30

【やさしいまちづくり住宅改造助成事業】

	実績		見込	目標		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
件数(件)	0	0	0	1	1	1

【家族介護用品支給事業】

	実績		見込	目標		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
件数（件）	45	33	60	70	70	70
実利用者数（人）	7	7	9	10	10	10

【家族介護慰労金】

	実績		見込	目標		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
件数（件）	1	0	2	2	2	2
実利用者数（人）	1	0	2	2	2	2

【食の自立支援事業（在宅高齢者配食サービス）】

	実績		見込	目標		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
実利用者数（人）	6	6	9	10	10	10
のべ配食数（食）	809	651	1,200	2,400	2,400	2,400

【家族介護教室と相談支援】

	実績		見込	目標		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
開催件数（件）	0	0	5	5	5	5
参加者数（人）	0	0	145	150	150	150

【認知症カフェ】

	実績		見込	目標		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
開催回数（回）	17	16	21	20	20	20
参加延べ人数（人）	237	201	210	220	220	220

【成年後見制度利用支援事業】

	実績		見込	目標		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
対応件数（件）	0	0	0	1	1	1

(2) 介護給付費の適正化

	実績		見込	目標		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
課題整理総括表を活用したケアプラン点検	点検率 15%	点検率 15%	点検率 15%	点検率 15%	点検率 15%	点検率 15%
地域ケア会議等を活用した多職種によるケアプラン点検	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月
高齢者向け住まい入居者のケアプラン点検	点検率 0%	点検率 0%	点検率 0%	点検率 5%	点検率 5%	点検率 5%
医療情報との突合	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月
縦覧点検の実施	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月	点検月数 12月
住宅改修の施工前点検	点検率 100%	点検率 100%	点検率 100%	点検率 100%	点検率 100%	点検率 100%
建築専門職・リハビリテーション専門職による点検	点検率 0%	点検率 0%	点検率 0%	点検率 10%	点検率 10%	点検率 10%

■資料編

■ 資料編

	語句	解説
あ 行	嚥下	口の中で食べ物を飲み込みやすいかたちにし、食道から胃へ送り込むことをいう。また、嚥下障害とは、口の中のものを上手く飲み込めなくなる状態のこと。
か 行	介護医療院	令和5年度末に経過措置が終了し、廃止期限を迎える介護療養病床（介護療養型医療施設）と医療療養病床の移行先となる「新たな施設類型」の名称。長期療養が必要な要介護者に医療・介護を一体的に提供するため、「日常的な医学管理」「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた施設となることが期待されている。
	介護給付	要介護認定を受けた被保険者に対する保険給付。原則、支給限度基準額の9割が保険給付され、残りの1割が利用者の自己負担となる。（所得によって自己負担割合は異なる。）
	介護支援専門員 （ケアマネジャー）	介護の知識を幅広く持った専門家で、要介護者からの依頼によるケアプランの作成や継続的な管理、評価、サービス事業者との連絡調整を行う。
	介護報酬	介護サービス提供事業者や介護保険施設に支払われる報酬。医療保険における診療報酬に当たる。
	介護予防	介護が必要になることをできるだけ遅らせ、介護されるようになってからは、その状態を維持、改善して悪化させないようにすること。また、それを目的とした介護予防サービスや介護予防事業等の取組。
	介護予防・日常生活支援総合事業	介護保険制度において、市町村が各地域の状況に応じて取り組むことができる地域支援事業の1つ。通称、総合事業。
	協働	同じ目的のために、協力して働くこと。
	居宅サービス	自宅に居ながら利用できる介護サービスを指す。施設に入っている場合であっても、そこが居宅とみなされる場合は、その施設でのサービスは居宅サービスに含まれる。
	ケアプラン （介護サービス計画）	要介護者・要支援者が介護サービスを適切に利用できるよう、心身の状況、生活環境、本人及び家族の希望を勘案し、利用するサービスの種類・内容等を定める計画。

	語句	解説
か行	ケアマネジメント	要介護者等のサービス利用者の問題やニーズを明確にし、保健・医療・福祉サービスを受けられるように適切な助言・援助を行うこと。①アセスメント（課題分析）、②ケアプラン作成、③サービスの調整や実施、④継続的な管理の各過程からなる。
	権利擁護	自己の権利や援助のニーズを表明することの困難な障がい者等に代わって、援助者が代理としてその権利やニーズ獲得を行うこと。
	高額介護サービス費	所得に応じて一定額を超えた分の自己負担があった場合に、その超えた分を申請することにより高額介護サービス費として払い戻される制度。
	高齢化率	65歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合。
	高齢者	一般に65歳以上の者を指す。65～75歳を前期高齢者、75歳以上を後期高齢者という。
	高齢者虐待	高齢者を対象とする虐待。高齢者の権利利益の擁護に資することを目的に、「高齢者の虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（高齢者虐待防止法）が平成17年11月に成立している。法律では、高齢者虐待に該当する行為として、身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待、ネグレクトの5種類を定義している。
さ行	作業療法士 (occupational therapist : OT)	厚生労働大臣の免許を受けて、医師の指示の下に、作業療法を行う者。作業療法とは心身に障がいのある人又はその恐れのある人に対して、主としてその応用動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸や工作その他の作業を行わせることをいう。
	社会福祉士	社会福祉の専門職で、高齢者、身体障がい者、知的障がい者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、そのほかの援助を行う者。
	シルバー人材センター	定年退職者等の高齢者に、「臨時的かつ短期的又はその他の軽易な就業（その他の軽易な就業とは特別な知識、技能を必要とする就業）」を提供するとともに、ボランティア活動をはじめとする様々な社会参加を通じて、高齢者の健康で生きがいのある生活の実現と、地域社会の福祉の向上と活性化への貢献を目的とする組織。

	語句	解説
さ 行	生活支援コーディネーター	地域における一体的な生活支援等サービスの提供体制の整備を推進する機能を有する者。
	成年後見制度	認知症高齢者や知的障がい者、精神障がい者等、判断能力が不十分な人の自己決定の尊重と本人の保護の調和を図り、権利を守る制度。「法定後見制度」は、家庭裁判所で選任した成年後見人等がこれらの人の意思を尊重し、その人らしい生活のために、その人に代わって財産管理や身上監護等を行う。その他、判断能力が不十分になった場合に備えて、財産管理や身上監護等を自分の信頼する人に希望どおりに行ってもらえるようあらかじめ契約しておくことができる「任意後見制度」がある。
た 行	第1号保険料	介護保険制度において、市町村が第1号被保険者（65歳以上の者）から徴収する保険料。その被保険者が属する保険者（市町村）の給付の財源に直接充当される。保険料の額は、各市町村が定める。保険料の徴収は、年金からの天引き（特別徴収）または市町村による普通徴収で行われる。
	第2号保険料	介護保険の第2号被保険者（40歳以上65歳未満）の保険料。医療保険料と一体的に徴収される。
	団塊の世代	日本において、第一次ベビーブームが起きた時期に生まれた世代、または第二次世界大戦直後に生まれた文化的思想的に共通している世代。第一次ベビーブーム世代とも呼ばれる。人口論による厳密な定義としては、250万人以上の出生数であった3年間にわたる第一次ベビーブームに出生した1947年から1949年までの世代を指し、3年間の出生数の合計は約806万人にのぼる。また、年間の出生数が200万人を超えた第2次ベビーブームの1971～74年生まれは団塊ジュニア世代と呼ばれる。
	地域共生社会	制度・分野ごとの“縦割り”や“支え手・受け手”という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域とともに創っていく社会。

	語句	解説
た 行	地域ケア会議	個別の事例を多職種協働によって検討することで、地域に必要な取組を明らかにし、地域包括ケアシステムを推進することを目的として実施する会議。
	地域支援事業	介護保険制度において、被保険者が要介護状態及び要支援状態となることを予防するとともに、要介護状態となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、市町村が行う事業。
	地域包括ケアシステム	団塊世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制を指す。保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要となる。
	地域包括ケア「見える化」システム	都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システム。介護保険に関連する情報等が一元管理され、グラフ等を用いて提供されている。
	地域包括支援センター	地域支援の総合相談、介護予防マネジメント、高齢者虐待への対応等、包括的・継続的マネジメントを担う拠点として市町村が主体となり創設するもの。
	地域密着型サービス	要支援・要介護者の住み慣れた地域での生活を支えるため、市町村をさらに細かく分けた日常生活圏域の単位で整備されるサービス。サービス基盤の整備状況に応じて市町村が事業所の指定及び指導・監督を行う。
	デイサービス	介護保険によるサービスの一種で、要介護（要支援）者が老人デイサービスセンター等に通り、入浴や食事等の介護をしてもらい、生活上の相談・助言、健康状態確認等の日常生活の世話や機能訓練を受けられるもの。自宅から通いながら、入浴・食事・各種介護・機能訓練(予防介護)・レクリエーション等のサービスを受けられる。
	調整交付金	介護保険財政において、第1号被保険者のうち75歳以上である者の割合（後期高齢者加入割合）及び所得段階別被保険者割合の全国平均との格差により生じる保険料基準額の格差調整のために国から交付されるもの。

	語句	解説
な 行	日常生活圏域	市町村が、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備状況その他の条件を総合的に勘案して設定する圏域。国の例示では、中学校区単位等が示されている。
	認知症	脳や身体の疾患を原因として記憶・判断力等の障害が起こり、普通の社会生活が営めなくなった状態。脳の神経細胞が通常の老化による減少より早く神経細胞が消失してしまうことで、脳の働きの1つである認知機能が急激に低下するために起こる病気。
	認知症カフェ	認知症の人と家族、地域住民、専門職等、誰もが参加でき、集う場。カフェのようにリラックスした場所で、お茶を飲みながら認知症について気軽に意見交換ができる、イギリス・アメリカのメモリーズ・カフェやアルツハイマー・カフェ等をヒントに生まれた。
	認知症キャラバンメイト	認知症サポーターを養成する「認知症サポーター養成講座」の企画、立案を担い、講師役を務める人のこと。
	認知症ケアパス	認知症の人とその家族が地域の中で本来の生活を営むため、必要な支援や医療と福祉の連携を一目でわかるように概略を示したもの。
	認知症サポーター	都道府県等が実施主体となる「認知症サポーター養成講座」の受講者で、友人や家族への認知症に関する正しい知識の伝達や、認知症になった人の手助け等を本人の可能な範囲で行うボランティア。
	認知症初期集中支援チーム	家族等の訴えにより、医療・介護の専門職が複数で認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、初期の支援を包括的・集中的（概ね6か月）に行い、自立した生活のサポートを行うチーム。
は 行	バリアフリー	障がいのある人が社会生活をしていく上で、障壁（バリア）となるものを除去するという意味で、段差などの物理的な障壁の除去をいうことが一般的であるが、障がいのある人の社会参加を困難にしている、社会的、制度的、心理的なすべての障壁の除去という意味でも用いられる。（心のバリアフリーなど）

	語句	解説
は 行	P D C A (ピーディーシーエイ) サイクル	Plan (計画)、Do (実行)、Check (評価)、Action (改善) という一連の流れを指し、繰り返し行うことで事業や施策の進捗管理と改善を円滑に行うことを意味する。
	福祉用具	心身の機能が低下し日常生活を営むのに支障がある老人又は心身障がい者の日常生活上の便宜を図るための用具及びこれらの者の機能訓練のための用具並びに補装具。
	フレイル	加齢とともに心身の活力(運動機能や認知機能等)が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像。健康な状態と日常生活でサポートが必要な介護状態の間を意味する。
	保険者	保険事業や年金制度を運用する主体を指し、介護保険の保険者は、地域住民に最も身近な行政主体である市区町村と規定されている。
	ホームヘルパー	在宅の高齢者や障がい者宅を訪問し、介護サービスや家事援助サービスを提供するホームヘルプ事業の第一線の職種。
	ボランティア	自発的な意志に基づき、他人や社会に貢献する行為。 ※ボランティアとNPOの違い ボランティアは「個人の自発性」に着目しており、個人が働いたことへの対価として報酬をもらわない「無報酬性」が特徴。一方、NPOは、「団体の社会的な役割」に着目しており、利益は得るが、必要経費以上の利益を個人に配分せず活動に利用する「非営利性」が特徴。
ま 行	民生委員	民生委員法に基づき、各市区町村の区域に置かれる民間奉仕者。都道府県知事の推薦により厚生労働大臣が委嘱し、任期は3年とされている。職務は、①住民の生活状態を適切に把握すること、②援助を必要とする者が地域で自立した日常生活を営むことができるよう相談・助言・その他の援助を行うこと、③援助を必要とする者が福祉サービスを適切に利用するための情報提供等の援助を行うこと、④社会福祉事業者等と密接に連携し、その事業または活動を支援すること、⑤福祉事務所その他の関係行政機関の業務に協力することが規定されている。

	語句	解説
や 行	要支援・要介護認定	介護保険のサービス利用を希望する方が介護保険の対象となるか、またどのくらい介護を必要としている状態であるか（要介護度）を判定するもの。認定区分は、介護を必要とする「要介護」の場合の5段階と、日常生活に介助が必要な「要支援」の2段階の計7段階となっている。
	予防給付	介護保険における要支援認定を受けた被保険者に対する保険給付であり、要介護状態にならないよう予防することを目的とする。
ら 行	理学療法士 (physical therapist : PT)	厚生労働大臣の免許を受けて、医師の指示の下に、理学療法を行う者。理学療法とは身体に障がいのある人に対して、主としてその基本動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行わせ、また、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう。
	リハビリテーション	心身に障がいをもつ人の、その障害を可能な限り回復治療させ、残された能力を最大限に高め、身体的・精神的・社会的にできる限り自立した生活が送れるように援助すること。
	老人クラブ	おおむね60歳以上の高齢者が、身近な地域を基盤として、自主的に参加・運営する組織。親睦・健康づくり・地域貢献等の老人福祉の増進を目的とした活動を行う。

苓北町
第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画
（令和6年度～令和8年度）

発行日：令和6年3月
発行・編集：苓北町 福祉保健課

〒863-2503 熊本県天草郡苓北町志岐 660
TEL：0969-35-1263
FAX：0969-25-3022

