

第8期 和水町高齢者福祉計画 及び介護保険事業計画

令和3年度～令和5年度



令和3年3月
熊本県 和水町

～ 目 次 ～

総論

第1章 計画策定にあたって	1
第1節 計画策定の背景・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	4
2. 地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部改正の概要	5
第3節 計画の概要	6
1. 計画の法的根拠と位置づけについて	6
2. 計画の期間	7
3. 日常生活圏域の設定	7
4. 住民参画による地域性を活かした計画策定	8
第2章 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	9
2. 認定者数と認定率の推移及び認定者数の予測	11
3. 介護給付費の推移	12
4. 認知症高齢者の推移と予測	13
5. 独居高齢者世帯の推移と予測	13
第2節 和水町の高齢者に関する調査	14
1. 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	14
2. 在宅介護実態調査	22
第3章 基本理念と計画策定の考え方	25
第1節 計画の目指す姿	25
1. 基本理念	25
2. 基本方針	27
第2節 地域包括ケアの実現に向けた取り組み	28
1. 主要施策の概要	28

各論

第1章 高齢者のいきがいくりと社会参加の促進	35
1. 生活支援サービス「なごみのわ」	35
2. シルバー人材センターの活動の支援	35
3. 老人クラブ活動の活発化	36
4. 生涯学習の推進	36
5. 高齢者スポーツ活動の推進	36
6. 介護予防リーダーの育成・発掘	36
7. 高齢者の活躍の場の創出	36
第2章 保健事業と介護予防の一体的実施による健康づくりの推進	37
1. 基本的な方針の趣旨	37
2. 現状と課題	37
3. 一体的実施の推進体制	39
4. 具体的な事業内容	40
第3章 地域支援事業の推進	41
第1節 介護予防・日常生活支援総合事業の推進	41
1. 介護予防・生活支援サービス事業の推進	41
2. 一般介護予防事業の推進	43
3. 事業評価に基づく総合事業のPDCAサイクルの構築	47
第2節 包括的支援事業の推進	48
1. 地域包括支援センターの運営	48
2. 在宅医療・介護連携推進事業の推進	52
3. 認知症施策推進事業の推進	52
4. 生活支援体制整備事業の推進	53
第3節 任意事業の推進	54
1. 介護給付適正化事業の推進	54
2. 家族介護支援事業の推進	54
3. その他の事業の推進	55
第4節 自立支援・介護予防・重度化防止の推進	56

第4章 安心・安全な暮らしの実現	57
第1節 地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進	57
第2節 安心なまちづくりの推進	59
1. 安心して生活できる住まいの確保	59
2. 高齢者の移動手段の確保	59
3. 福祉サービスによる在宅生活の支援	62
4. 高齢者の見守りネットワークの充実	63
5. 高齢者が安心して生活できる地域福祉の推進	63
第3節 高齢者の虐待防止体制の強化	64
1. 高齢者虐待防止に関する啓発の充実	64
2. 虐待防止機能の強化	65
3. 虐待への対応	65
第4節 防災・防犯と感染症対策の推進	66
1. 防災・防犯体制の充実	66
2. 災害時避難対策の強化	66
3. 避難行動要支援者の支援	66
4. 消費者保護の推進	67
5. 命のバトン事業の推進	67
6. 感染症対策の推進	67
第5章 認知症の予防と共生（認知症になっても安心して暮らせる体制の構築）	68
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	68
2. 早期発見・早期対応の体制の構築	69
3. 認知症サポーターの養成と活動の活性化	70
4. 住民への普及啓発の拡充（認知症相談窓口の認知度の向上）	70
5. 認知症カフェとチームオレンジの設置に向けた取り組みの推進	71
6. 見守りネットワークの推進	71
7. 認知症における医療・介護の連携強化	71
8. 成年後見制度の利用促進に向けた取り組みの推進	72
9. 家族に対する支援の推進	73
第6章 医療と介護をはじめとした地域の多職種連携体制の構築	74
第1節 在宅医療・介護連携の推進	74
1. 在宅医療・介護連携推進事業の展開	75
2. 多職種連携体制の構築	76
3. 住民への普及・啓発の拡充	76
4. 「くまもとメディカルネットワーク」を活用した在宅医療と介護の促進	76
第7章 多様な介護人材の確保・定着や介護サービスの質の向上	78
第1節 介護人材の確保や介護サービスの質の向上に向けた取り組みの推進	78
1. 多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みの推進	78
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	79
3. 介護サービスの充実	79
4. 情報提供体制の充実	79
5. 事業者の適切な指定、指導・監査の実施	79
第2節 介護給付の適正化に向けた取り組みの推進	80
1. 要介護認定の適正化	80
2. ケアプランの点検	81
3. 住宅改修等の点検	81
4. 縦覧点検・医療情報との突合	82
5. 介護給付費の通知	82
第8章 安定した介護保険制度の運営	83
1. 介護給付費等対象サービスの見込みと確保策	83
2. 介護保険サービスの基盤整備	95
3. 第8期介護保険料の算出	96
4. 2025年のサービス水準等の推計	102
資料編	105

総論



第 1 章 計画策定にあたって

第 1 節 計画策定の背景・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 代後半の世代が一斉に 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 期和水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
全国平均保険料：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
全国平均保険料：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
全国平均保険料：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
全国平均保険料：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
全国平均保険料：4,972円

- 地域包括ケアシステムの構築に向けた、医療、介護、予防、生活支援、住まいの連携強化により、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
全国平均保険料：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
全国平均保険料：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)

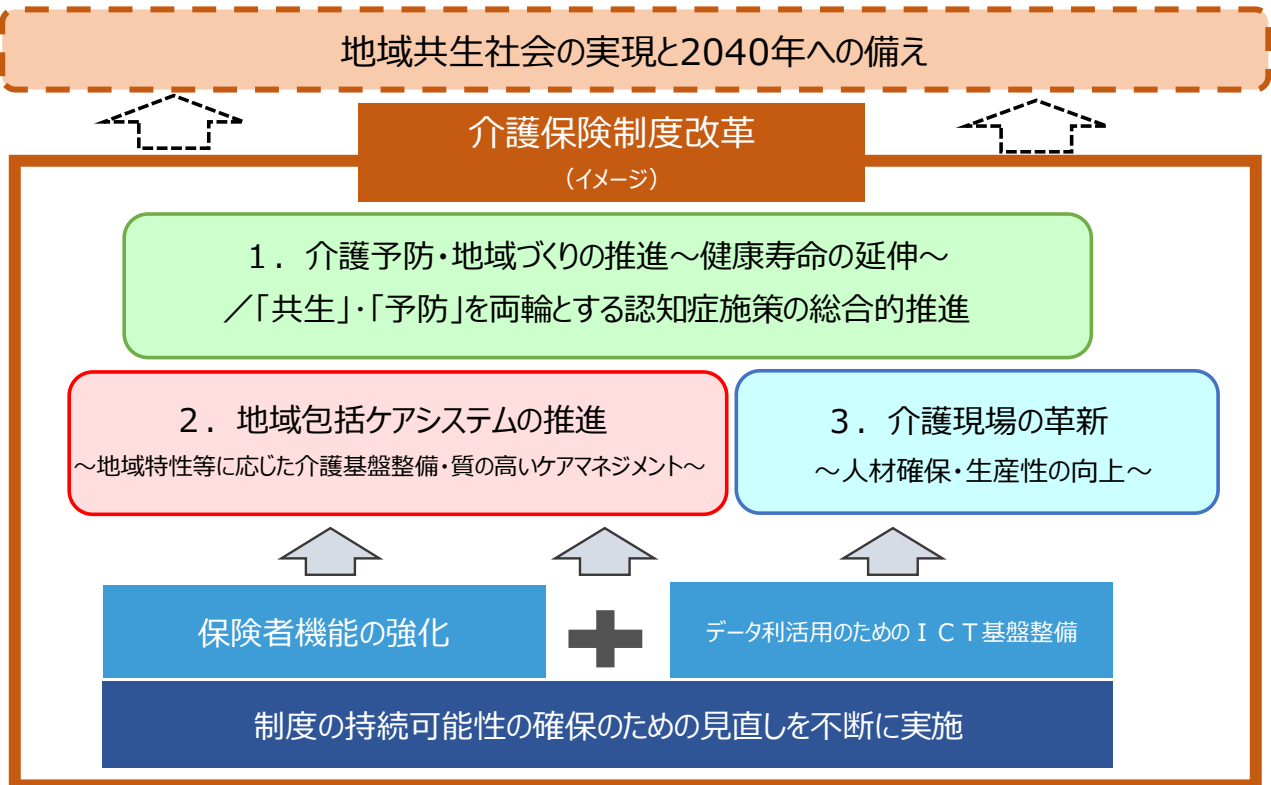
- 各地域におけるアウトカムの「見える化」が進む中で、各保険者の成果や結果に対するマネジメント責任が重視される流れに。
- 地域ケア会議や協議体、見える化システム等、より地域全体で地域マネジメントを進める体制の構築が進む。

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. 地域共生社会の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

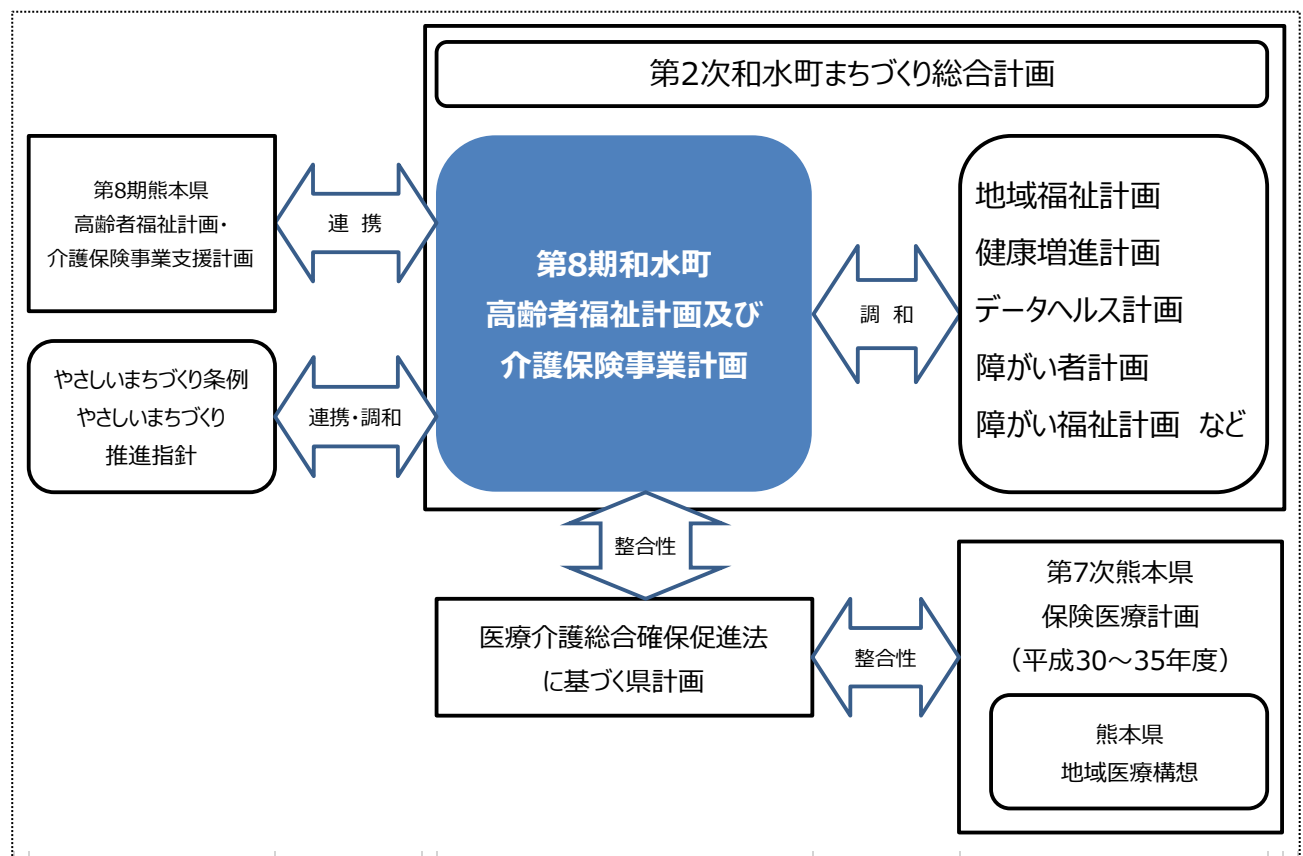
1. 計画の法的根拠と位置づけについて

(1) 計画の法的根拠について

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月に策定した第7期高齢者福祉計画・介護保険事業計画の見直しを行ったものとなります。

(2) 計画の位置づけについて

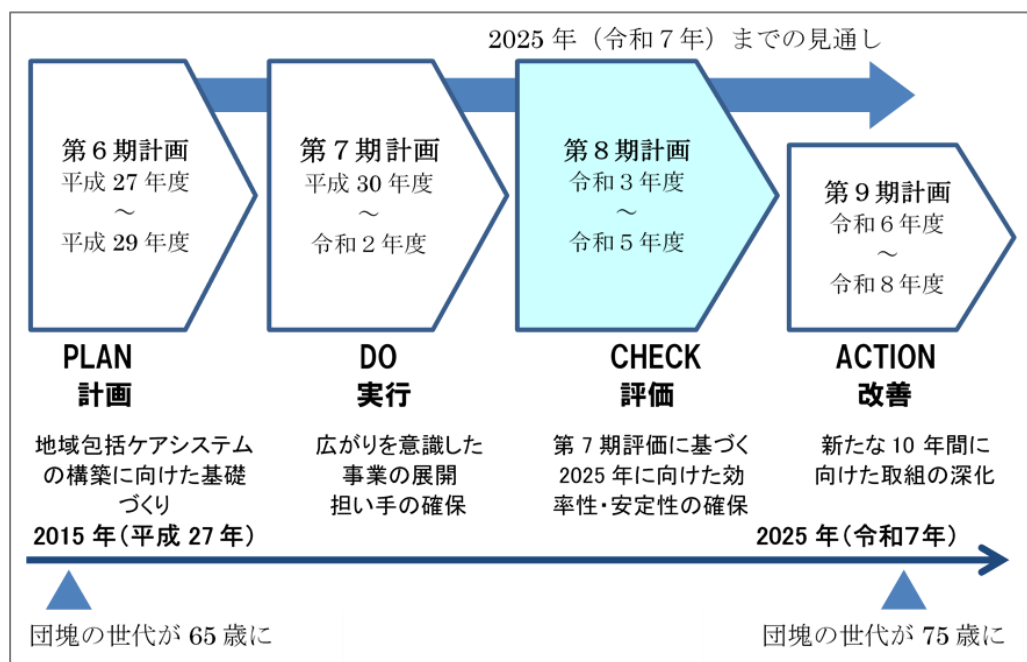
本計画は、和水町のまちづくりの行政運営指針の最上位計画である「まちづくり総合計画」、その部門計画である「地域福祉計画」の実施計画として位置づけられます。「まちづくり総合計画」とは、まちの将来像や達成する目標などをとりまとめた計画、また「地域福祉計画」とは、各個別計画の基本目標の実現に向けた計画としています。本計画は、主に高齢者に関する施策の方針を掲げ、計画を推進しています。



2. 計画の期間

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、本町独自の地域包括ケアシステムの構築を目指すための和水平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。



3. 日常生活圏域の設定

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。

日常生活圏域とは、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、公的介護施設等の整備状況、その他の条件を総合的に勘案して、本町が定める必要があります。本町においては、これまで町内に 2 つの日常生活圏域を設定し、地域密着型サービスを中心とした介護基盤の整備や介護予防のまちづくりに取り組んできました。

本計画期間における日常生活圏域についても、これまでと同様に町内を 2 つの圏域とし、地域包括ケアシステムの構築を図っていきます。

	人口	面積	人口密度	0～64歳	65歳以上			高齢化率
					65～74歳	75歳以上		
菊水圏域	5,657人	38.270km ²	147.8人/km ²	3,406人	2,251人	1,006人	1,245人	39.8%
三加和圏域	4,061人	60.480km ²	67.2人/km ²	2,303人	1,758人	717人	1,041人	43.3%
和水町	9,718人	98.75km ²	98.4人/km ²	5,709人	4,009人	1,723人	2,286人	41.3%

令和 2 年 10 月 31 日時点

4. 住民参画による地域性を活かした計画策定

本計画策定に向けて行った主な取り組みは以下のとおりです。

(1) 和水町介護保険運営協議会

本計画を検討するため、医療・福祉関係者、被保険者・町民の代表者、地域団体関係者等で構成する和水町介護保険運営協議会を設置し、計画策定に係る協議を行いました。

(2) 庁内関係部署へのヒアリング

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

(3) 介護予防・日常生活圏域二一ズ調査

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7月までに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人を対象として、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2年9月までにアンケート調査を実施しました。

(5) パブリックコメント（意見公募）

本計画の素案を、令和3年2月12日～同年2月24日の間、町のホームページへ掲載し、町民から意見や提案を募集するパブリックコメントを実施しました。期間中に寄せられたご意見はありませんでした。



第2章 高齢者を取り巻く現状と課題

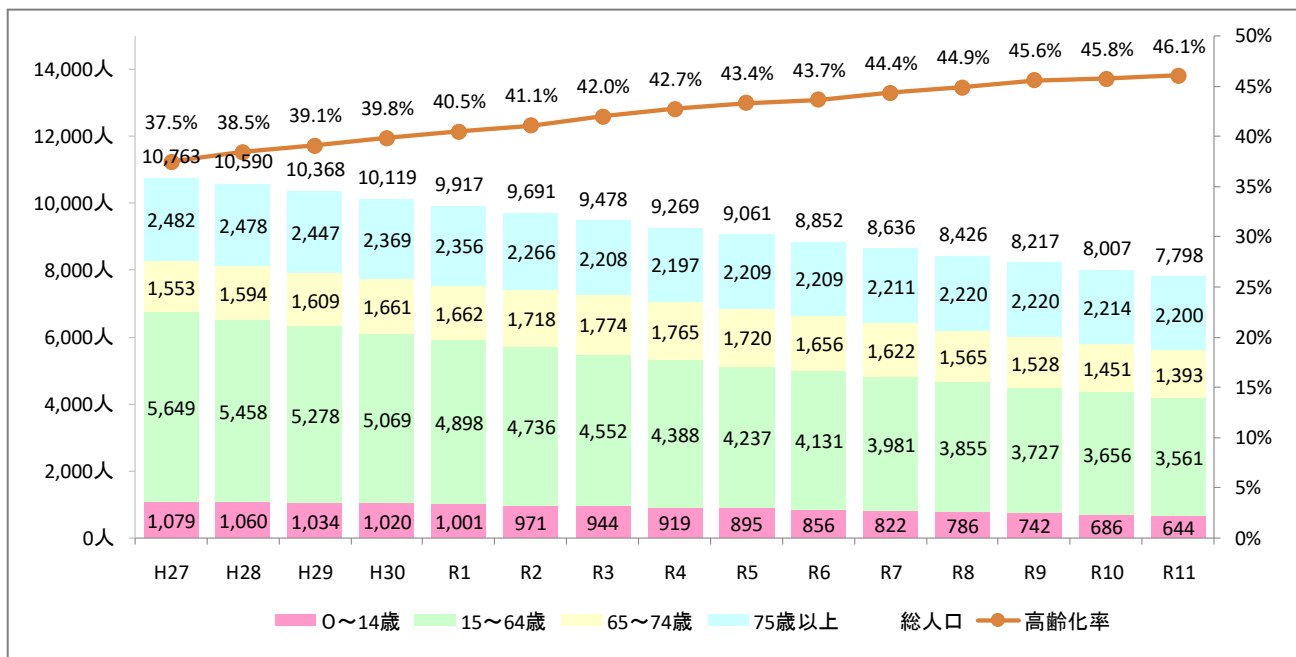
第1節 人口と高齢者の状況

1 人口の推移と予測

本町の人口は、平成27年の10,763人から令和元年には9,917人となり、846人の減少となっています。また、高齢者（65歳以上）人口も平成28年の4,072人をピークに減少の段階へ入っています。

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、総人口、高齢者人口ともにさらに減少が進む一方、後期高齢者はほぼ横ばいで推移していくと予測されており、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と予測】



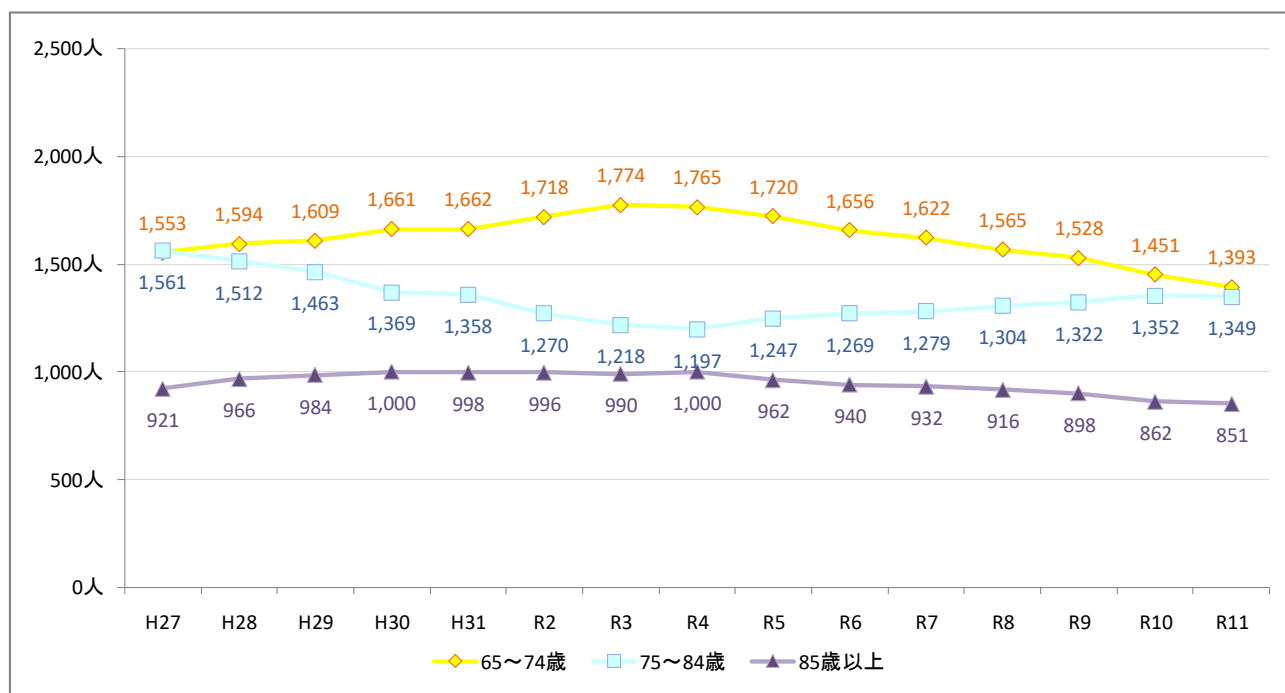
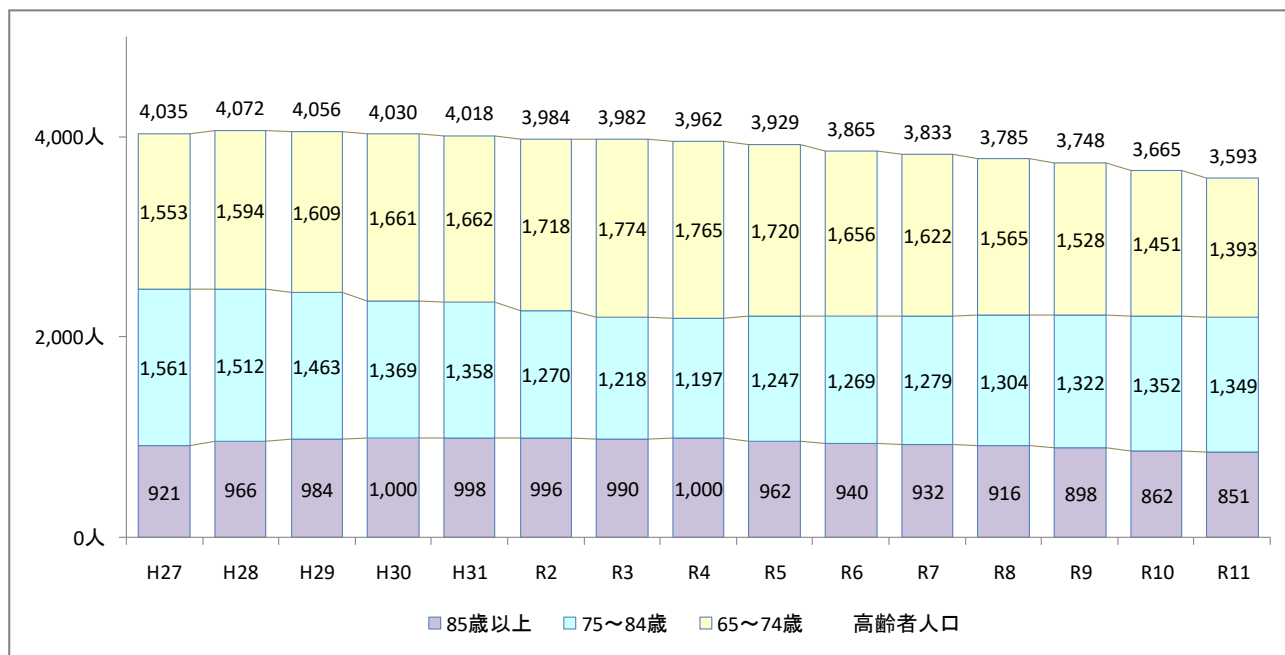
平成27年～令和元年：各年10月住民基本台帳、令和2年～：コーホート変化率法による推計

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】

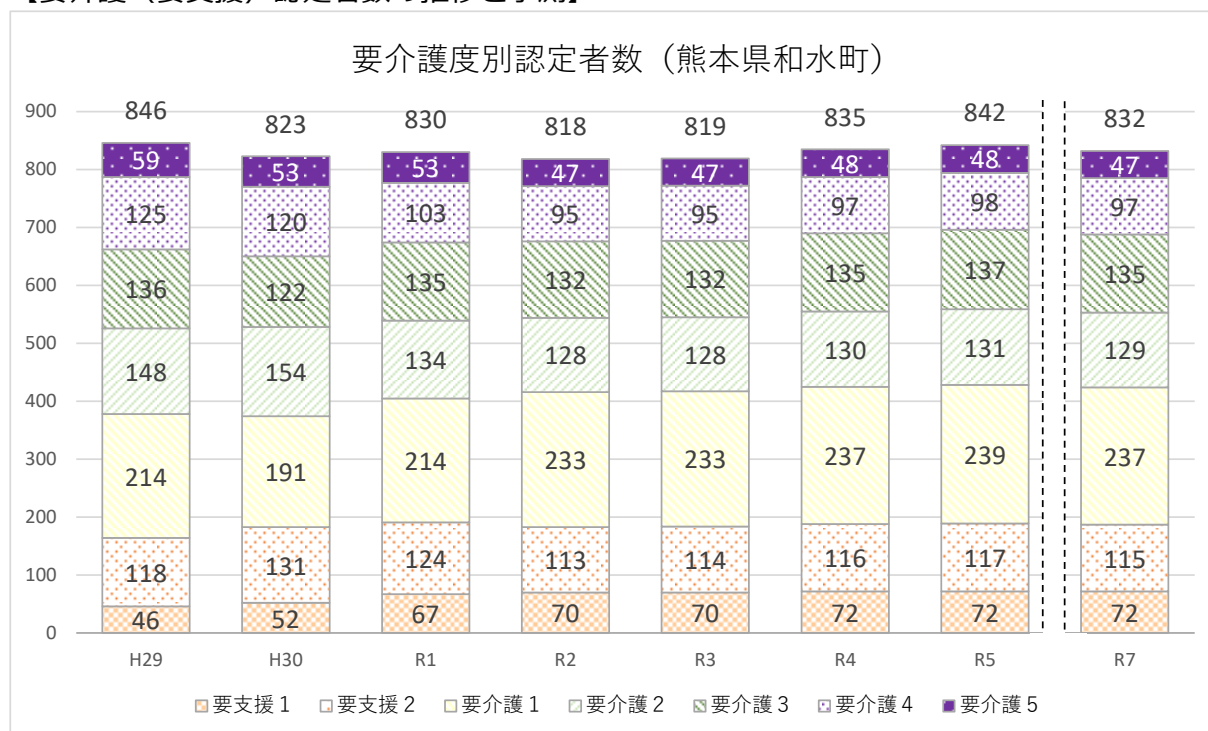


2. 認定者数と認定率の推移及び認定者数の予測

要介護（要支援）認定者数は、後期高齢者数の予測と同様に、今後増減がありながらも、令和7年まではほぼ横ばいで推移していくと予測されています。

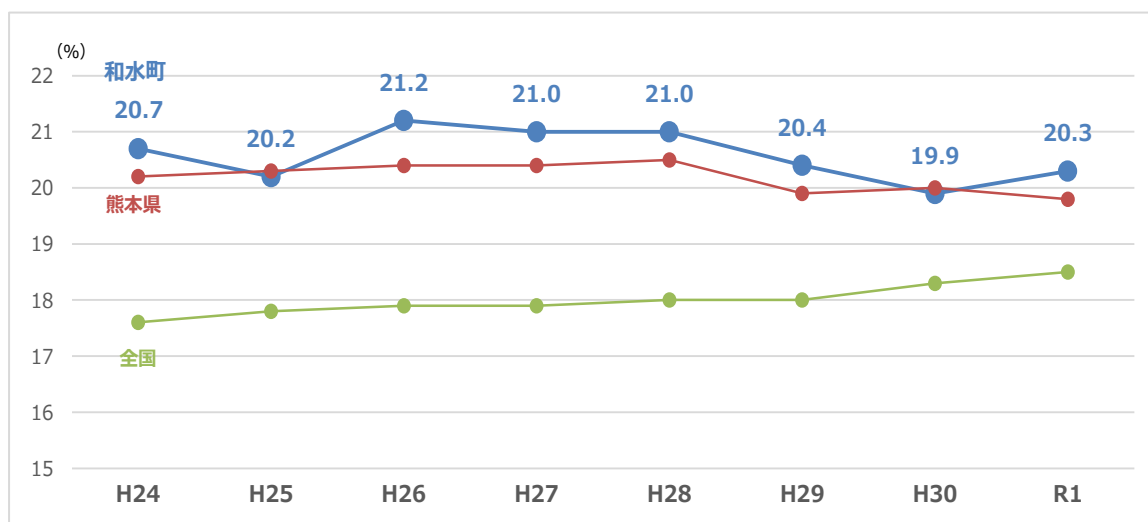
要介護（要支援）認定率は、国・県と比較してやや高い割合で推移しており、近年は20%前後での推移が続いています。

【要介護（要支援）認定者数の推移と予測】



「地域包括ケア見える化システム」による令和元年度までの実績値から令和2年度以降を独自推計

【要介護（要支援）認定率の推移と国・県比較】

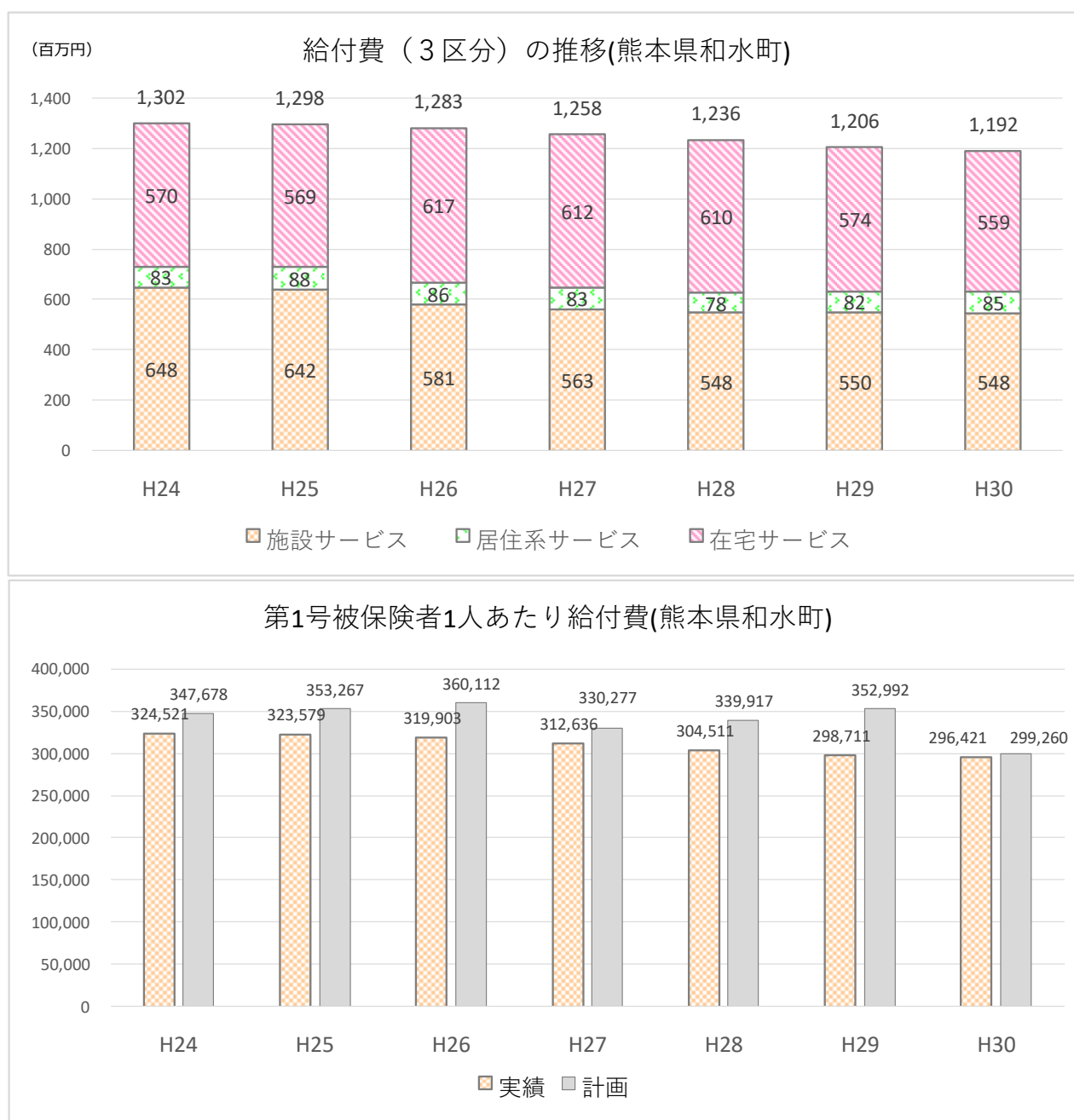


厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報・月報

3. 介護給付費の推移

総給付費は、平成 24 年度の約 13 億円から毎年減少で推移しており、平成 30 年度は約 11.9 億円となっています。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）となったことも要因の一つと考えられます。内訳をみると、施設サービスは大きく減少、居住系サービスはほぼ横ばい、在宅サービスは一時増加したもののその後減少に転じています。

第 1 号被保険者 1 人あたり給付費の実績値と計画値をみると、毎年計画値以下の実績値で推移しており、給付費自体も毎年減少となっています。

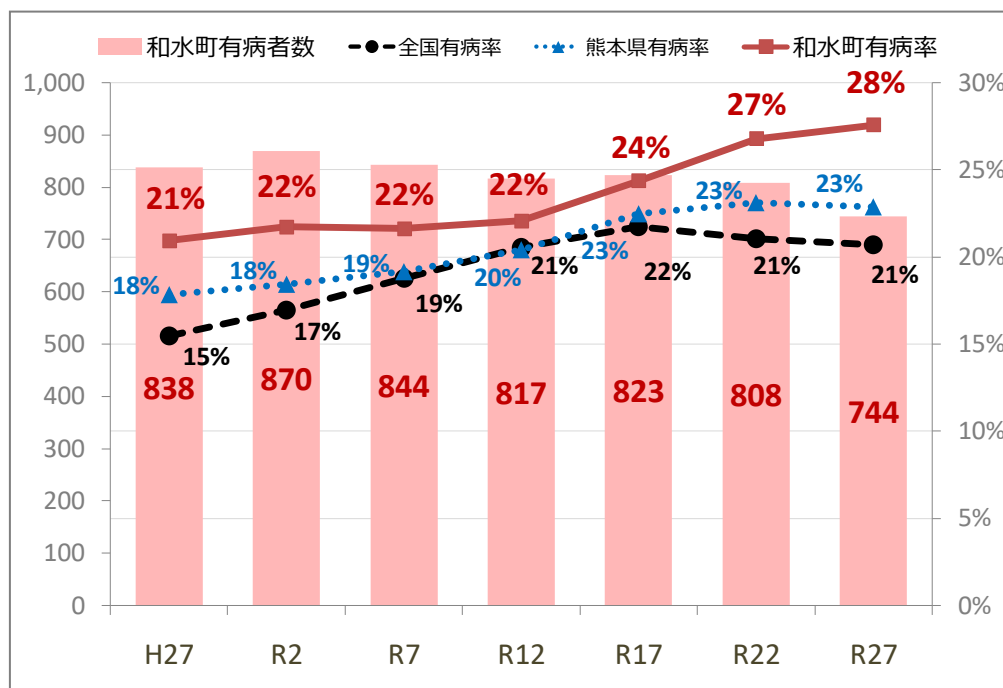


地域包括ケア見える化システム

4. 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、令和7年以降、人数は減少傾向となりますが、有病率は令和27年には28%まで上昇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。

【認知症有病者数・有病率の推計】

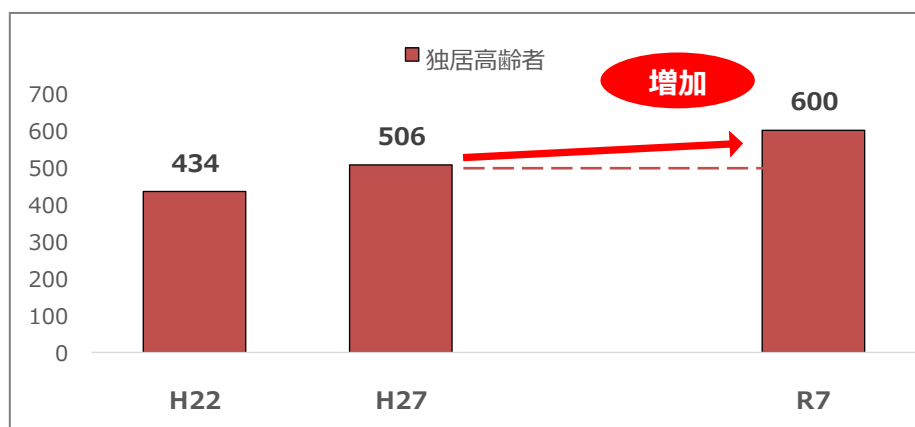


「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」報告書参考

平成24年の性・年齢階級別認知症有病率を基に算出

5. 独居高齢者世帯の推移と予測

国勢調査によると、本町の独居高齢者世帯は増加傾向にあり、平成27年には506世帯となっています。また独居高齢者世帯の割合も、本町は県内の自治体の中でも比較的高い割合となっており、今後高齢者の一人暮らしを支えるための地域のサポートが重要となります。（資料編に関連データを掲載。）



国勢調査による平成22年と平成27年の数値から独自推計

第2節 和水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ため介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を実施しました。

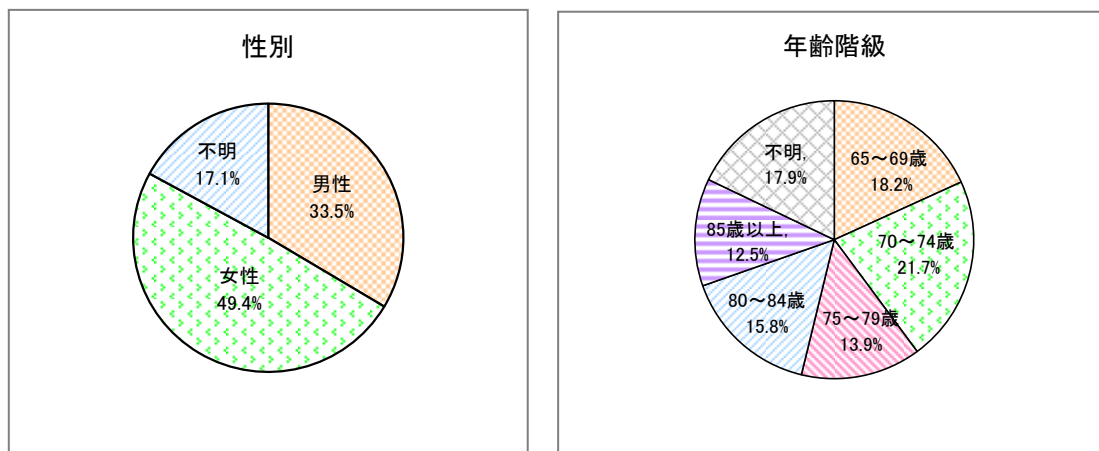
(2) 調査対象及び配布・回収の状況

	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	65歳以上の介護認定を受けていない人 事業対象者 要支援1・2認定者
配布数	1,000件
有効回答数	632件
有効回答率	63.2%

(3) 回答者の属性

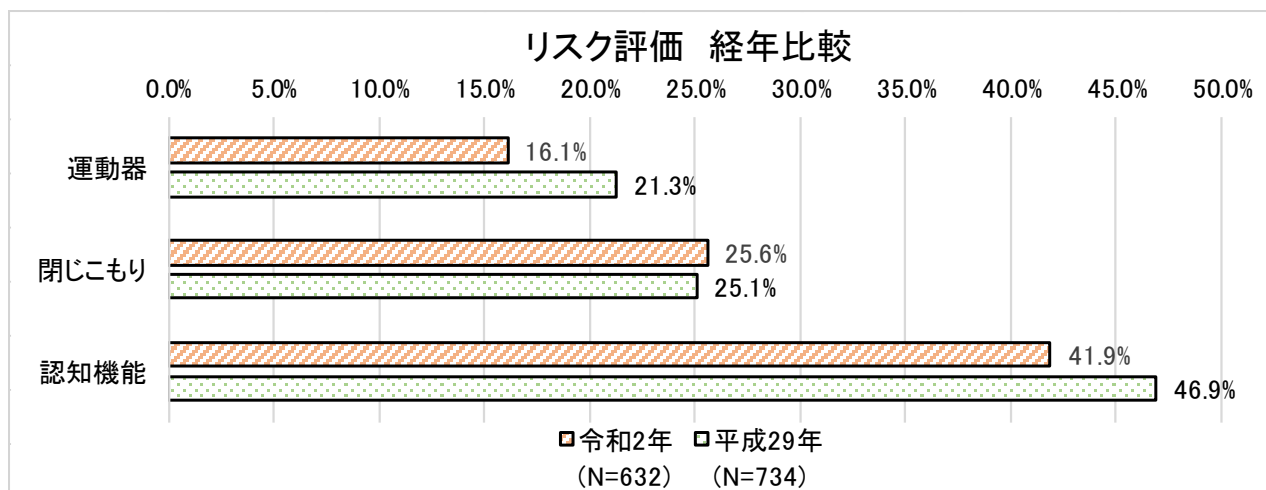
性別は、女性が49.4%、男性が33.5%となっています。

年齢階級は、「70～74歳」が21.7%、「65～69歳」が18.2%、「80～84歳」が15.8%の順となっており、前期高齢者が39.9%、後期高齢者が42.2%となっています。



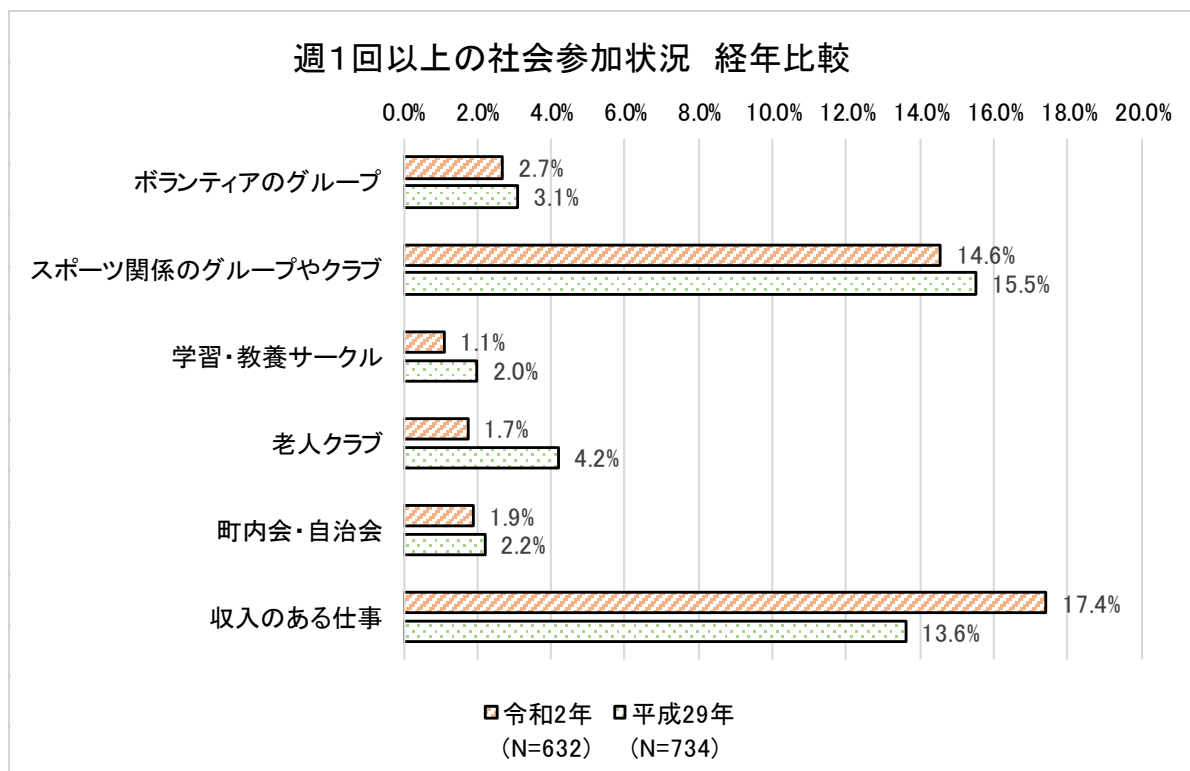
■ 各種リスク該当者の経年変化について

各種リスク評価項目について、平成 29 年に実施した同調査結果との経年比較を行ったところ、運動器リスク、認知機能低下リスクにおいては、リスク該当者の割合が減少していました。閉じこもりリスクにおいては、前回調査から大きな変化は現れませんでした。



■ 社会参加状況の経年変化について

週 1 回以上社会参加している人について、平成 29 年に実施した同調査結果との経年比較を行ったところ、「収入のある仕事」のみ増加しましたが、その他すべての項目で前回調査を下回りました。

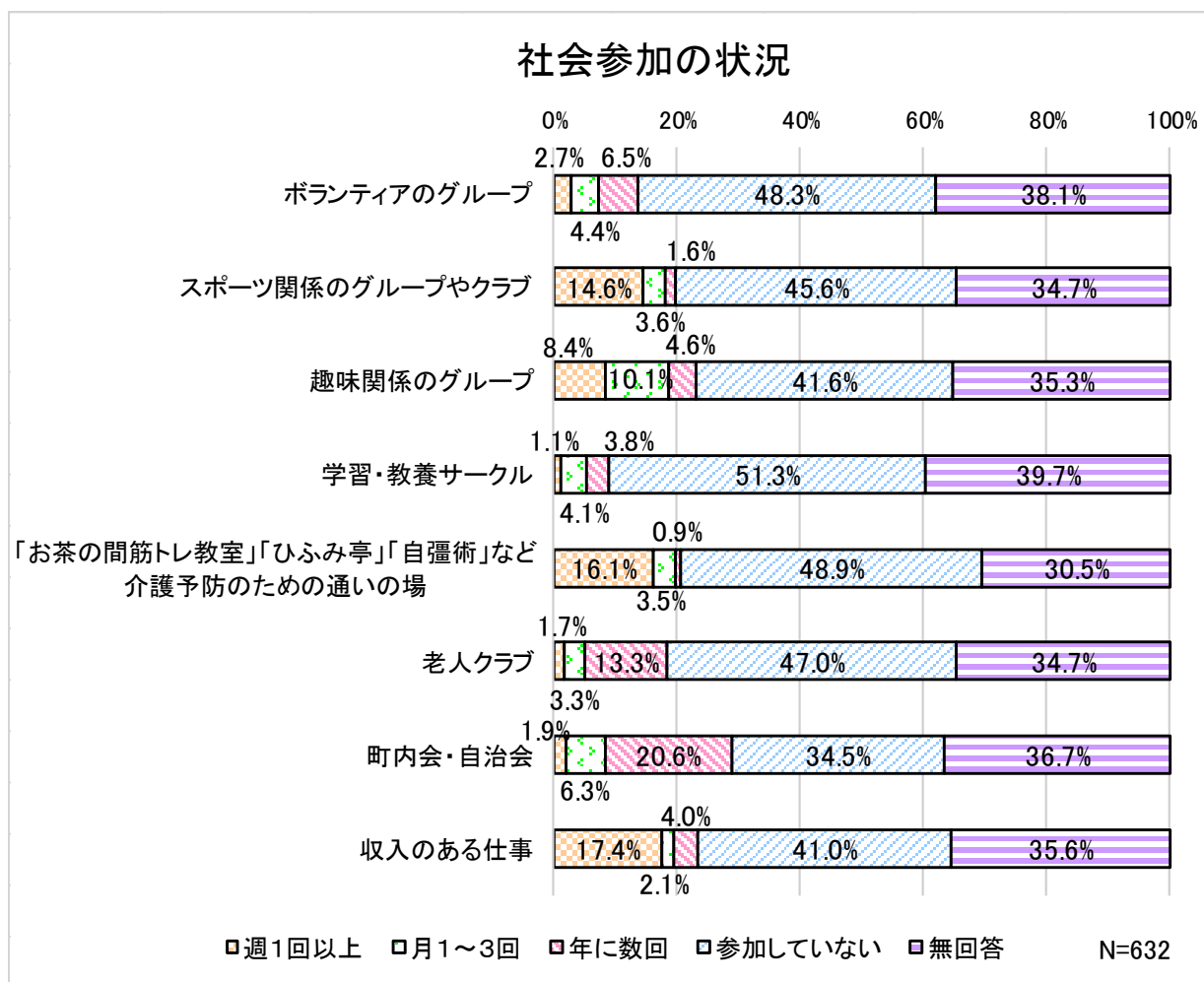


■地域での活動の様子（会やグループ等への参加頻度）

地域で行われている会・グループにどのくらいの頻度で参加をされているのか分析を行いました。その結果、「収入のある仕事（17.4%）」、「介護予防のための通いの場（16.1%）」、「スポーツ関係のグループやクラブ（14.6%）」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）等があまりないと思われる、「老人クラブ」や「町内会・自治会」を除くと、「学習・教養サークル」や「ボランティアのグループ」は参加頻度が低い結果となりました。

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、参加割合が比較的高い「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」といった機会を通じ、どういう活動を行っており、どういう人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人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。

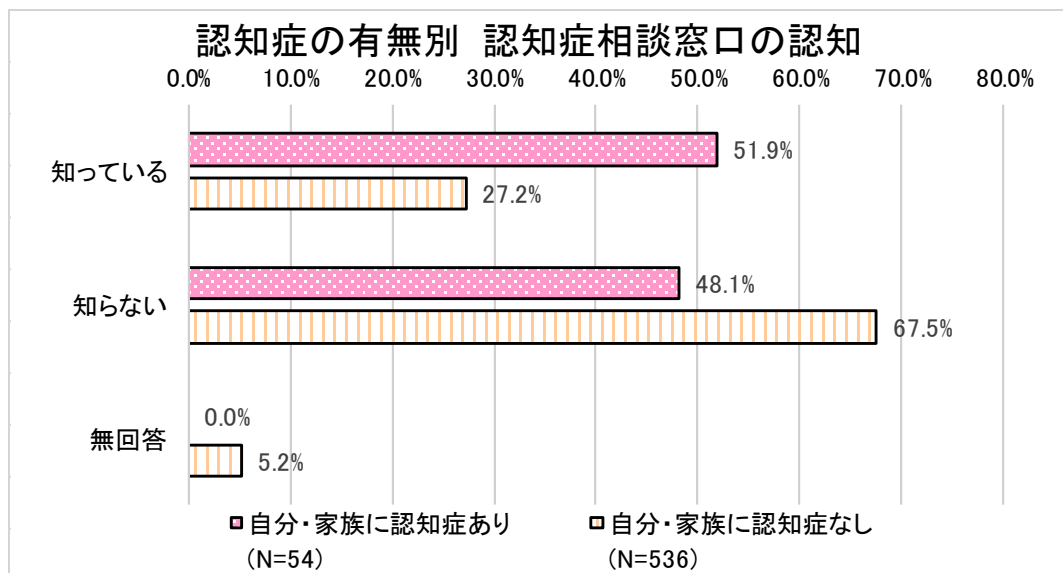
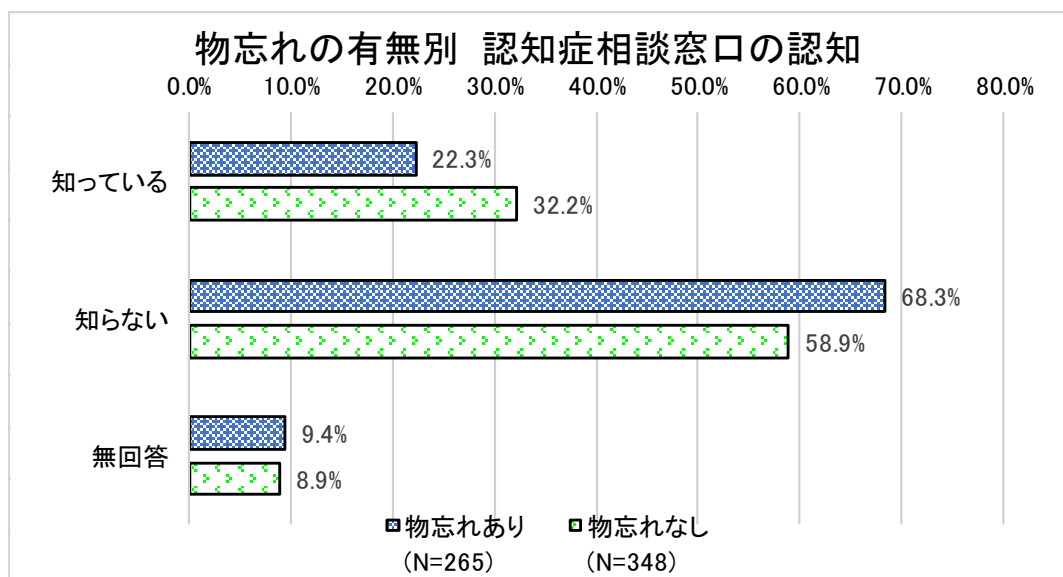


■ 認知症支援に関する調査結果

(1) 認知症相談窓口の認知について

認知症に関する相談窓口の認知度について、自覚的物忘れがある人となない人、自分または家族に認知症の症状がある人となない人に分けて分析を行いました。

認知症相談窓口を知らない人は、自覚的物忘れがある人で 68.3%、自分または家族に認知症の症状がある人でも 48.1%となっており、相談が必要となったときに窓口につながることもできるよう、認知機能が正常なうちから相談窓口の周知を行う必要が示唆されております。

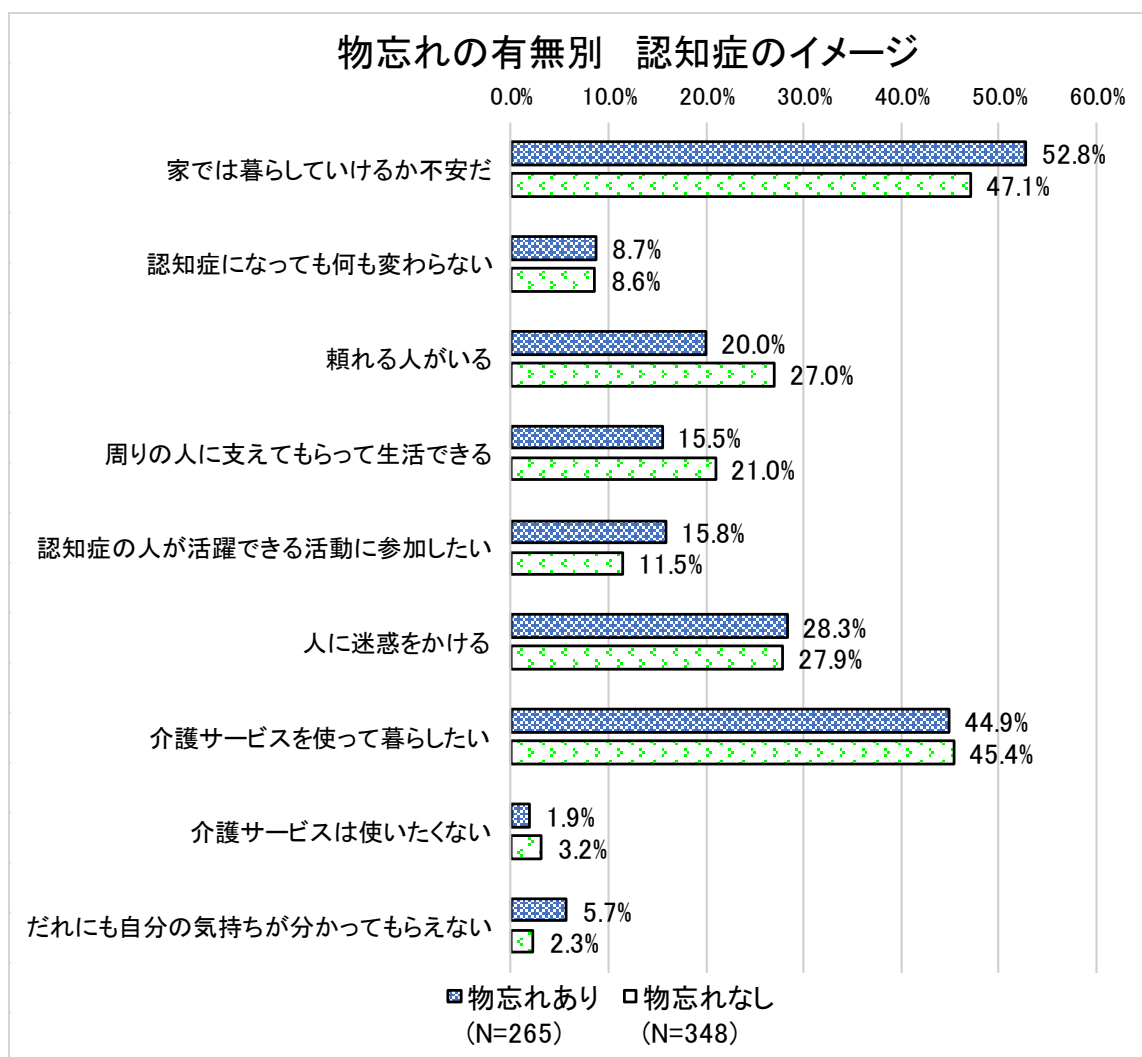


(2) 認知症のイメージについて

もしも「自分が認知症になったらどうなるか」を考えたとき、どのようなことをイメージするか、について、自覚的物忘れがある人とない人に分けて分析を行いました。

自分が認知症になった時のイメージとして、自覚的物忘れがある人、ない人ともに、「家では暮らしていけるか不安だ」と考えている人が多く、自覚的物忘れがある人のほうが、より多く不安を感じていました。

また、自覚的物忘れがある人のほうが、「認知症の人が活躍できる活動に参加したい」、「だれにも自分の気持ちがわかってもらえない」と回答する人が多い結果となりました。

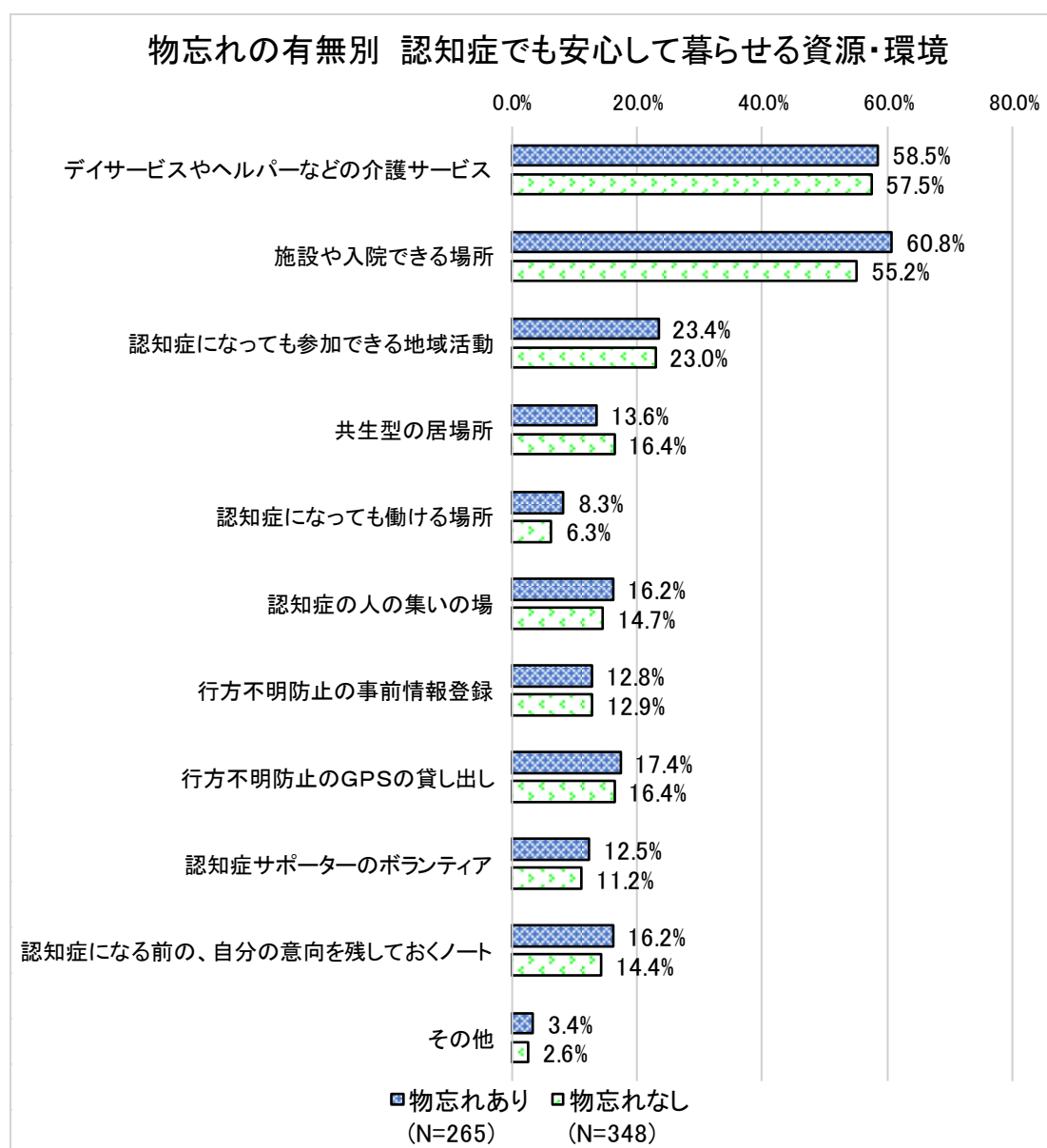


（３）認知症になっても安心して暮らせる資源・環境について

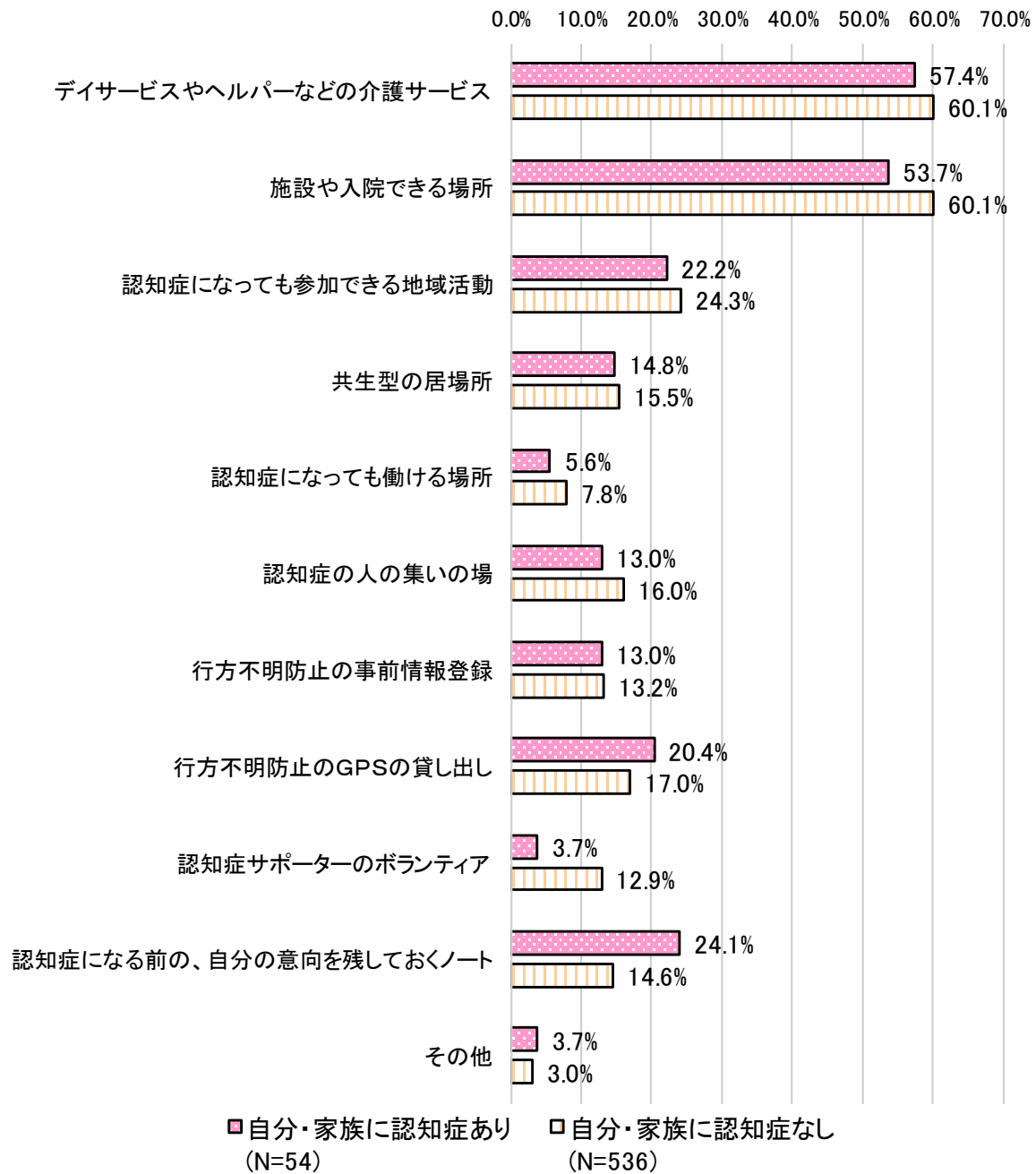
どんなサービス等があれば認知症になっても安心して暮らせると思うか、について、自覚的物忘れがある人となない人、自分または家族に認知症の症状がある人となない人に分けて分析を行いました。

認知症になっても安心して暮らすために必要な資源として、自覚的物忘れがある人となない人、自分または家族に認知症の症状がある人となない人のいずれにおいても、「施設や入院できる場所」、「デイサービスやヘルパーなどの介護サービス」と回答した人が５割以上となりました。

また、自覚的物忘れがない人、自分または家族に認知症の症状がない人のほうが、「共生型の居場所」を必要と考えており、自分または家族に認知症の症状がない人のほうが、「認知症になっても参加できる地域活動」、「認知症になっても働ける場所」、「認知症の人の集いの場」等多くの資源を必要と考えていました。この点から、認知機能が健常なうちから認知症との共生に関する普及・啓発の必要性が考えられます。



認知症の有無別 認知症でも安心して暮らせる資源・環境



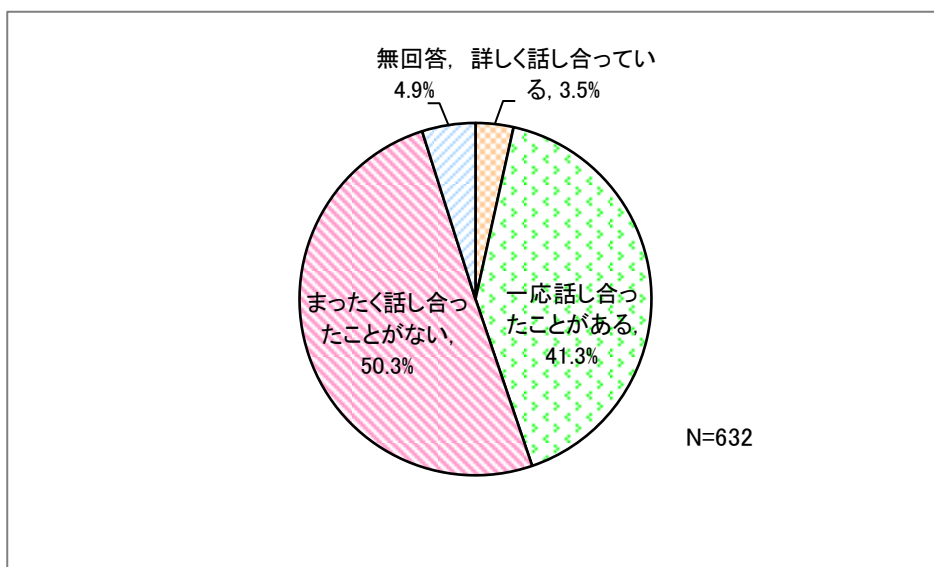
■在宅医療・在宅介護に関する調査結果

自身の死が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療について、家族とどのくらい話し合ったことがあるか、についての調査を行ったところ、「まったく話し合ったことがない」という人は50.3%となっています。

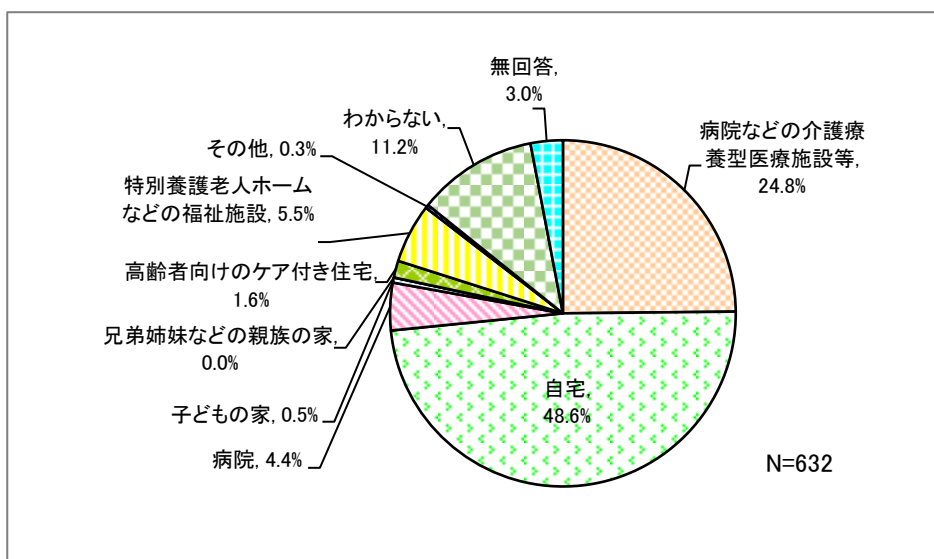
一方で、最期を迎えたいと思う場所として「自宅」と答えた人は48.6%で、残りの約5割には「病院」や「施設」など、さまざまなニーズが存在しています。

現在の病気だけでなく、意思決定能力が低下する場合に備えて、あらかじめ終末期を含めた医療や介護について話し合っておくことの重要性も調査結果から見えてきます。

【終末期医療・介護について家族との話し合いの有無】



【最期を迎えたいと思う場所】



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在宅介護実態調査を実施しました。

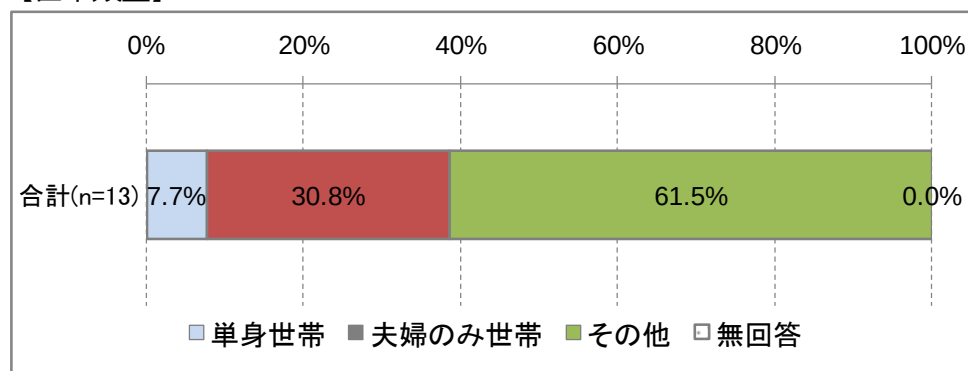
(2) 調査対象及び配布・回収状況

	在宅介護実態調査
配布方法	認定調査員による聞き取り
回収方法	
抽出方法	要介護認定者（施設等入所を除く）
回答数	13件

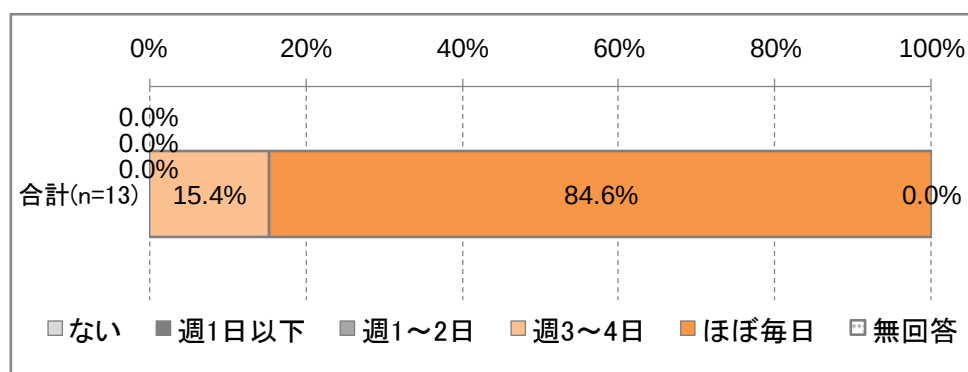
■ 世帯類型と介護の頻度

単身でも夫婦のみでもない「その他」の世帯が61.5%と最も多く、介護の頻度は、「ほぼ毎日」が84.6%となっています。

【世帯類型】



【家族等による介護の頻度】

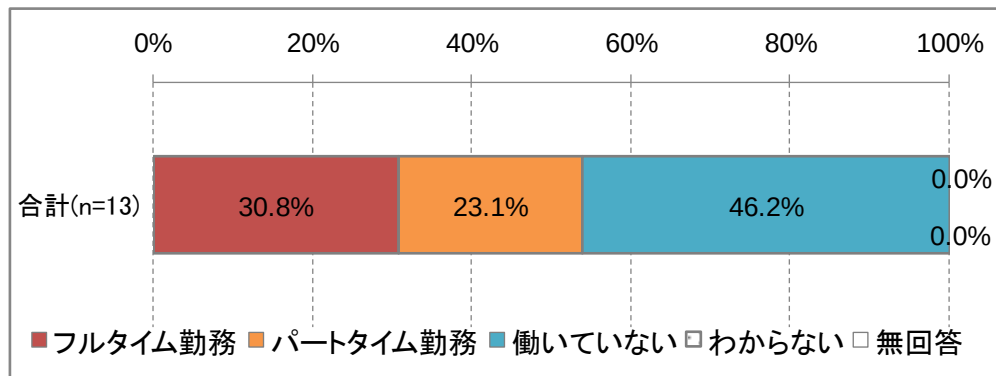


■主な介護者の勤務形態と働き方の調整について

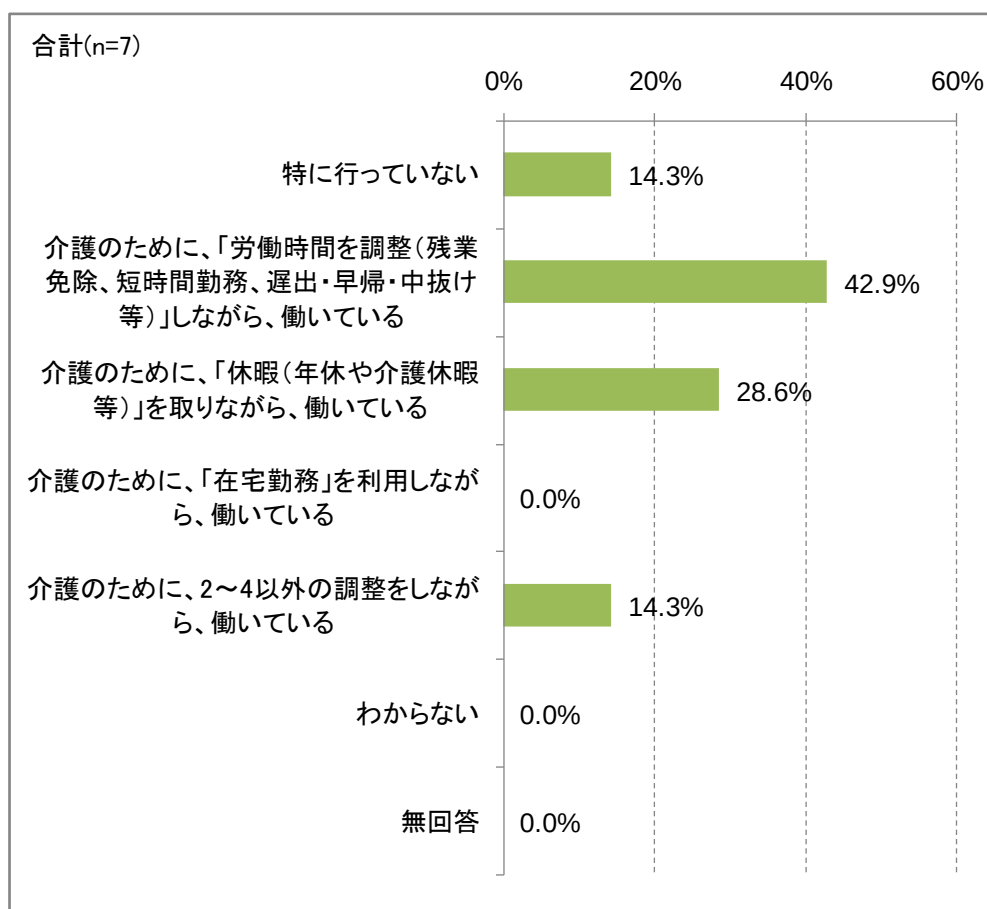
働いている主な介護者（7件）のうち「フルタイム勤務」が30.8%（4件）、「パートタイム」が23.1%（3件）となっています。

そのうち、働き方の調整については、「労働時間を調整（残業免除、短時間勤務、遅出・早帰・中抜け等）」が42.9%（3件）、「休暇（年休や介護休暇等）」が28.6%（2件）、「それ以外の調整」、「特に行っていない」がそれぞれ14.3%（1件）ずつとなっています。

【主な介護者の勤務形態】



【主な介護者の働き方の調整状況】

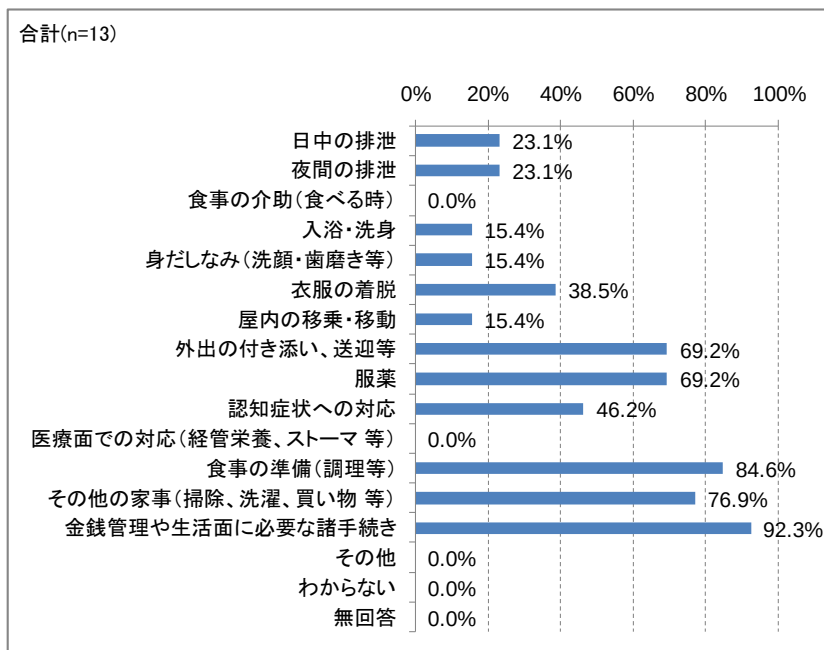


■主な介護者が行っている介護・不安を感じる介護

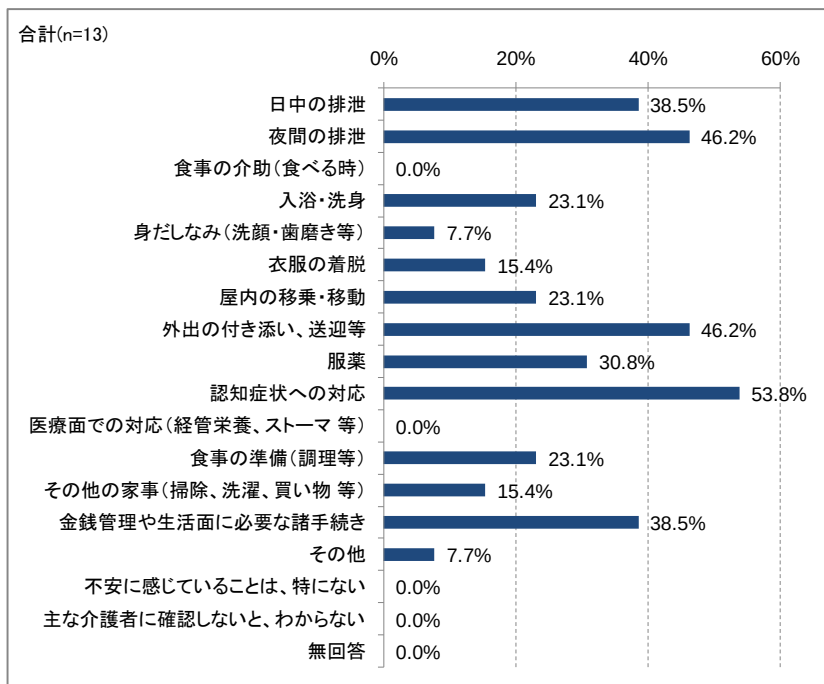
主な介護者が行っている介護は「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」、「食事の準備(調理等)」、「その他の家事(掃除、洗濯、買い物等)」の順となっています。

今後不安を感じる介護は、「認知症状への対応」、「夜間の排泄」、「外出の付き添い、送迎等」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次和水町まちづくり総合計画」の高齢者保健福祉分野の基本目標である「安心・安全に暮らせるまち」の実現に向けた、高齢者保健福祉の個別計画・実施計画としての位置づけを持つものです。

また本町では、「第3期和水町地域福祉計画」が掲げる「みんなでつくる、赤ちゃんからお年寄りまで安心して暮らし続けられるまち」の基本理念のもと、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、上位計画を踏襲した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次和水町まちづくり総合計画 基本目標（高齢者福祉分野）

安心・安全に暮らせるまち

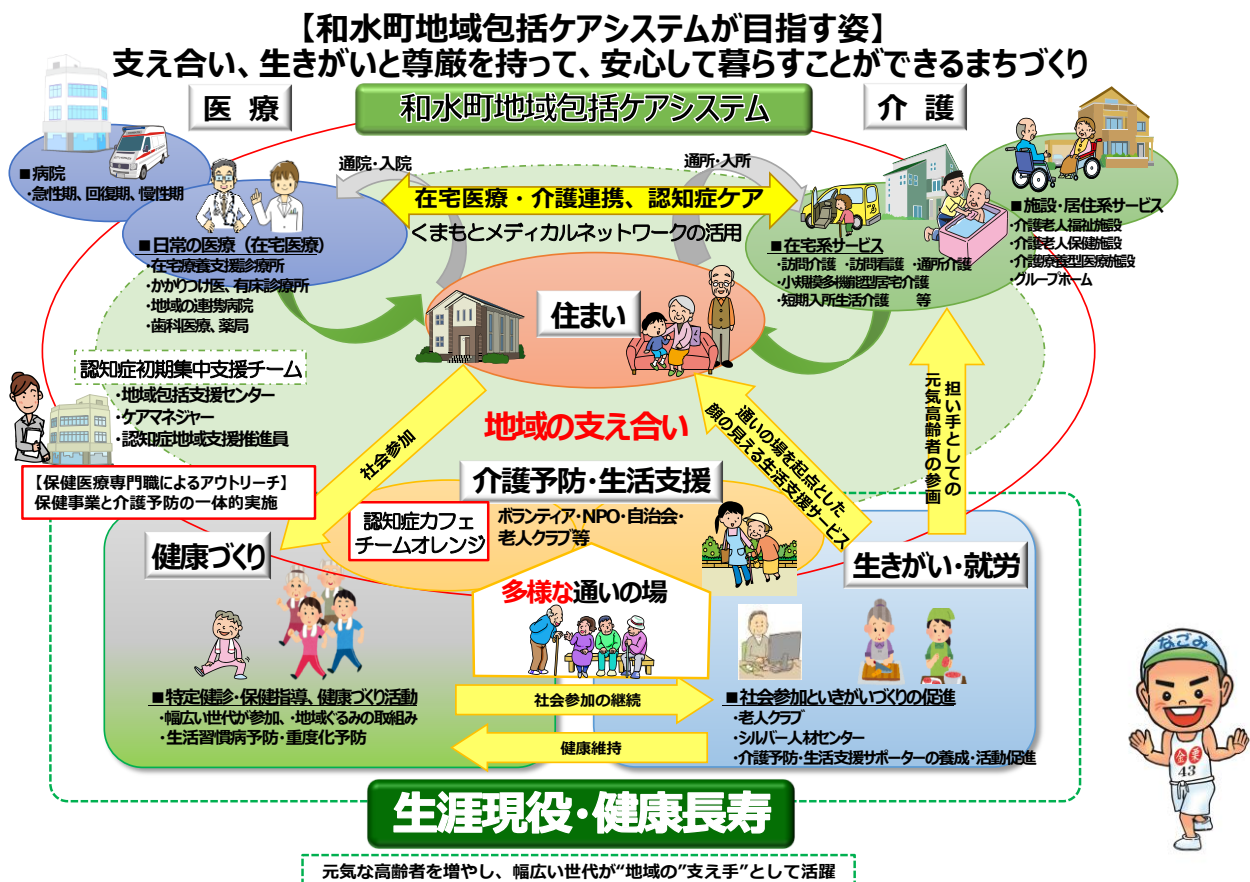


第3期和水町地域福祉計画 基本理念

みんなでつくる、赤ちゃんからお年寄りまで安心して暮らし続けられるまち

第8期高齢者福祉計画及び介護保険事業計画 基本理念

**支え合い、生きがいと尊厳を持って、
安心して暮らすことができるまちづくり**



高齢者人口が既に減少段階である本町では、地域包括ケアシステムの構築に向けて、これまでも地域の歩いて通える場における介護予防の推進を図ってきました。今後も「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、認知症の人や独居高齢者、障がい者、子ども、生活上の支援を必要とする人などが、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、和歌山町地域包括ケアシステムが目指す「支え合い、生きがいと尊厳を持って、安心して暮らすことができるまちづくり」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. 基本方針

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8つの方針に分け、地域の関係機関の連携により実現します。

基本方針 1	高齢者のいきがいづくりと社会参加の促進
--------	---------------------

基本方針 2	保健事業と介護予防の一体的実施による健康づくりの推進
--------	----------------------------

基本方針 3	地域支援事業の推進
--------	-----------

基本方針 4	安心・安全な暮らしの実現
--------	--------------

基本方針 5	認知症の予防と共生 (認知症になっても安心して暮らせる体制の構築)
--------	--------------------------------------

基本方針 6	医療と介護をはじめとした地域の多職種連携体制の構築
--------	---------------------------

基本方針 7	多様な介護人材の確保・定着や介護サービスの質の向上
--------	---------------------------

基本方針 8	安定した介護保険制度の運営
--------	---------------

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

基本方針 1 高齢者のいきがいくりと社会参加の促進

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きます。

現役世代の人口が減少していく中、介護サービスを提供する事業所においても、ホームヘルパーをはじめとする介護の専門職の確保が難しい状況にあり、今後はさらに困難な状況となっていくことが予測されます。このため、地区サロンにおける介護予防や生活支援の提供にあたっては、地域住民が主体となって取り組む環境づくりが重要となります。

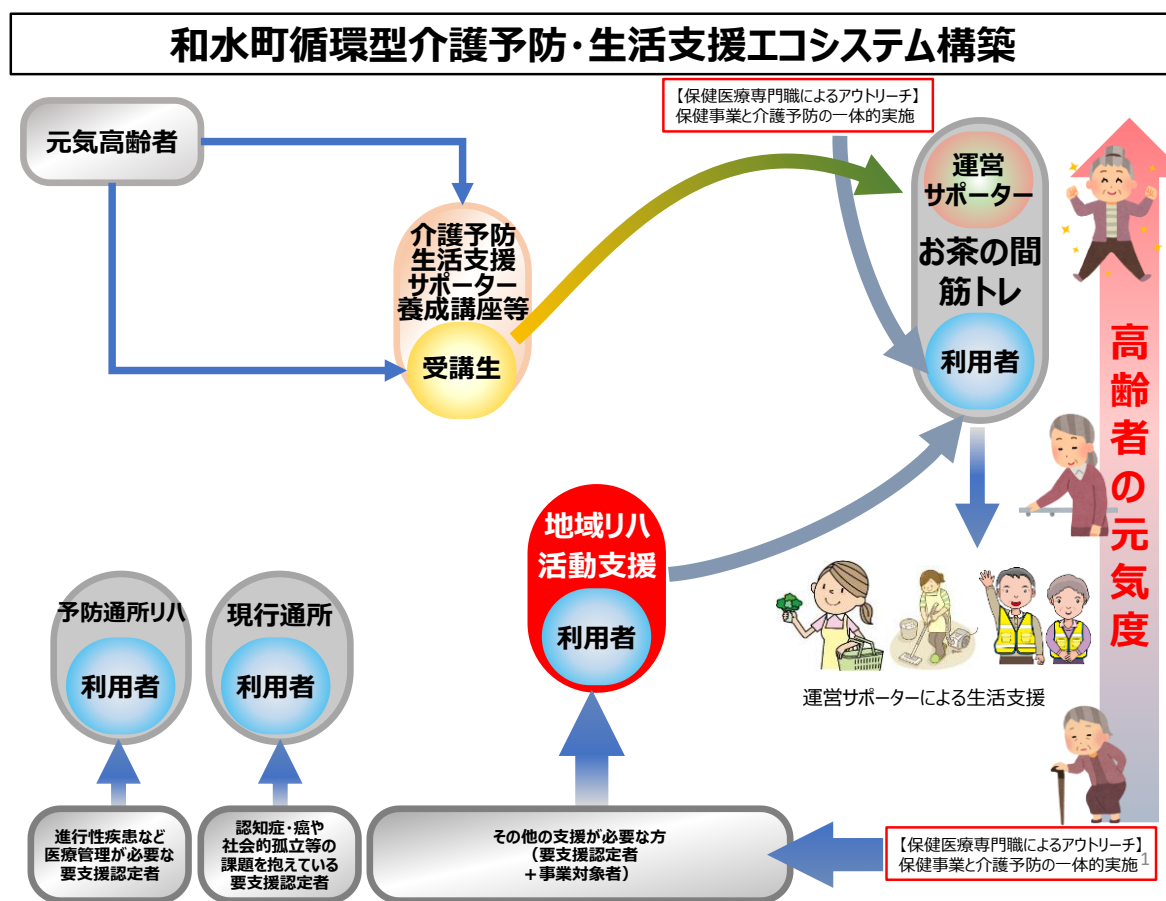
基本方針 2 保健事業と介護予防の一体的実施による健康づくりの推進

本町は、令和 2 年度より県内でもいち早く保健事業と介護予防の一体的実施に取り組んでおり、高齢者に対する個別支援（ハイリスクアプローチ）と、通いの場等への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）により、専門職が関わりを持ちながら、生活習慣病重症化予防やフレイル対策及び認知症の早期発見に取り組んでいます。

令和2年の新型コロナの影響により、「お茶の間筋トレ教室」といった地域の介護予防の重要な拠点が休止になり、その間に参加者の機能低下が見られたり、介護申請に至るケースも見られています。このような人の機能を改善し、元気になって地域の多様な通いの場などの社会参加につながっていく仕組みの構築が必要になっています。

対象者個別の状態に応じて介入の期間などを柔軟に対応ができる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として、リハビリテーション専門職等が自宅へ訪問し、住宅環境の確認から短期集中的なリハビリテーションプランを提供する、自宅でのセルフケアに介入するようなプログラムの導入を今後検討をしていきます。

また、保健事業と介護予防の一体的実施によりフレイル高齢者を早期に把握し、この介護予防のシステムに接続することでさらなる充実を図るとともに、地域の多様な通いの場を拠点として運営サポーターをはじめとした有償・無償のボランティアにより顔の見える関係性の中で生活支援サービスを提供する循環型介護予防・生活支援エコシステムの構築についても検討を進めていきます。



基本方針 3 地域支援事業の推進

地域支援事業は、被保険者が要介護状態または要支援状態になることを予防し、社会に参加しつつ、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とし、地域における包括的な相談及び支援体制、多様な主体の参画による日常生活の支援体制、在宅医療と介護の連携体制及び認知症高齢者への支援体制の構築などを一体的に推進するものになります。

本町の地域包括ケアシステムの実現に向けて、地域支援事業の充実・強化に取り組んでいきます。

基本方針 4 安心・安全な暮らしの実現

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、本人の希望と経済力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、避難支援プランに基づき災害発生時に避難等が困難な高齢者等の災害時要援護者の把握から、要援護者への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。

認知症の予防と共生 (認知症になっても安心して暮らせる体制の構築)

本計画では、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会の実現に向けて、認知症の予防と共生に向けた取り組みを推進します。

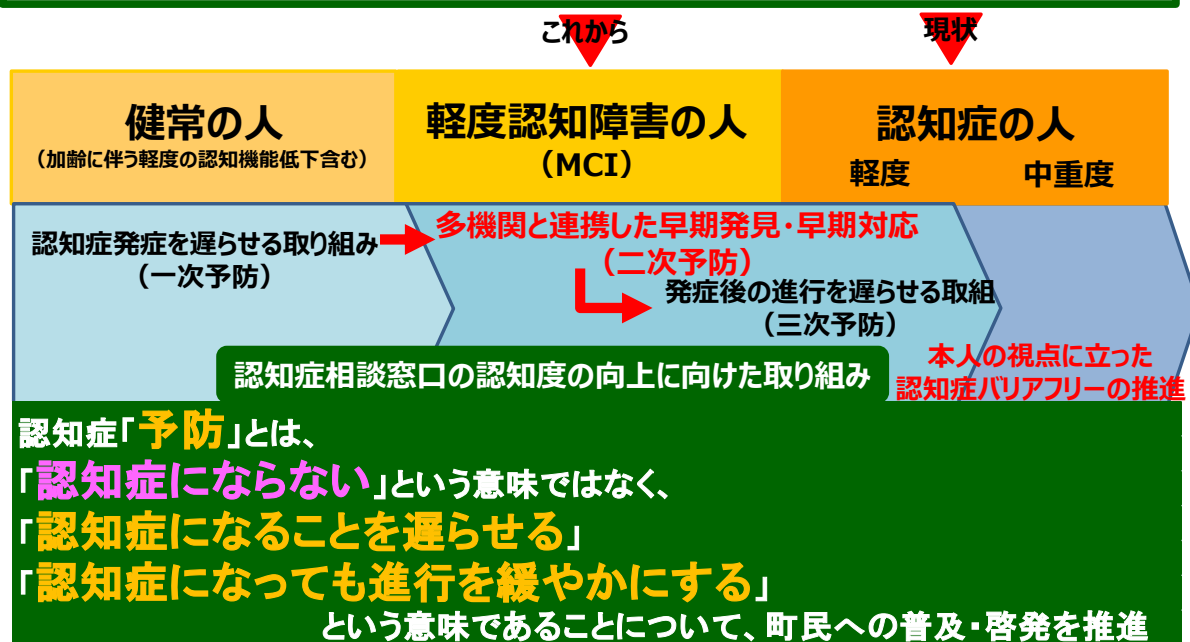
特に、認知症予防とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になることを遅らせる」「認知症になっても進行をゆるやかにする」という意味であることを市民に向けて普及・啓発するとともに、認知症に関する相談窓口の周知に向けた取り組みを推進します。

また、軽度認知障害（MCI）の段階からの早期発見・早期対応の取り組みを充実させるために、認知症地域支援推進員の活動の充実を図り、軽度認知障害（MCI）や認知症の人とその家族が安心して通うことができる居場所づくりの拡充に取り組みます。

さらに、認知症カフェの拡充を図るとともに、認知症の人本人の意思決定に基づいて、認知症の人と家族と認知症サポーターを中心とした支援（チームオレンジ）へつなぐ仕組みを整備し、認知症バリアフリーの取り組みを推進します。

認知症の「予防」と「共生」

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会の実現に向けて



基本方針 6 医療と介護をはじめとした地域の多職種連携体制の構築

近年、医療ニーズと介護ニーズをあわせ持つ高齢者は増加し、病院などからの退院時の支援や、症状や状態に応じた適切な医療・介護サービスに関する需要が高まっています。要介護状態になっても地域の中で生活していくためには、多職種連携によるチームケアによって、在宅医療と介護が一体的に提供されることが重要となります。

有明圏域の1市4町では、在宅医療・介護連携推進事業を玉名郡市医師会医に委託することで、医療・介護の提供体制のあるべき姿（目標）を関係機関で共有し、多職種連携による統合的なサービス提供による在宅生活の支援に取り組んでいます。

基本方針 7 多様な介護人材の確保・定着や介護サービスの質の向上

介護サービスを必要とする人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めます。あわせて、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人を適切に認定したうえで、真に必要な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めます。

介護サービスのニーズの拡大など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。

基本方針 8 安定した介護保険制度の運営

高齢者の尊厳ある自立した日常生活を支えていくために、幅広い保険給付サービスと地域支援事業によりさまざまな支援を提供する介護保険制度を適正かつ安定的に運営することが不可欠であり、こうしたサービスの提供に伴う介護保険料を決定するためには、本計画において適正なサービス量を見込む必要があります。

各論



第1章 高齢者のいきがづくりと社会参加の促進

高齢化が進行していく中、高齢者自身がサービスを受けるばかりでなく、サービスの担い手になる社会づくりが重要になります。そのため、町、事業者が連携して、地域の中で元気な高齢者が自らの経験と知識を生かし、能力を発揮できる活躍の場づくりが必要です。

本町で行われている高齢者のいきがづくり、社会参加に関する主な取り組みは以下のとおりです。

1. 生活支援サービス「なごみのわ」

日常生活に困り事がある高齢者の生活支援ニーズと、元気な高齢者の就労的活動を通じた生きがいのニーズをマッチングする取り組みとして、令和2年度に社会福祉協議会が立ち上げを行った生活支援サービス「なごみのわ」は、依頼会員（日常生活の中で援助を必要とする人）に対して、ゴミ出しや買い物支援など1回30分以内でできる軽作業を協力会員（援助できる人）がお手伝いをする会員制住民参加型在宅福祉サービスです。

民生委員やケアマネジャーを中心に本事業の普及活動から依頼会員・件数の増加に努めるとともに、元気高齢者の活躍の場として協力会員の増加についても取り組んでいきます。

生活支援サービス「なごみのわ」	第7期計画 の実績値	第8期計画の計画値		
	R2 (見込)	R3	R4	R5
協力会員数（人）	31	35	40	45
依頼会員数（人）	5	10	15	20
支援依頼件数（件）	18	30	40	50

2. シルバー人材センターの活動の支援

シルバー人材センターでは、60歳以上の健康で就労意欲のある高齢者が、これまで培った技術、技能、資格、職業経験を活かしながら活躍されています。

わが国の平均寿命が延びている中、ライフスタイルに合わせた就労を選択することができるよう、今後も、シルバー人材センターの活動を支援していきます。

また、シルバー人材センターの会員が、地域の高齢者の生活支援を担うことができる仕組みづくりについて、検討を進めていきます。

シルバー人材センター	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
会員数（人）	72	70	80	80	83	85
受注件数（件）	793	745	800	800	810	820

3. 老人クラブ活動の活発化

老人クラブは、地域の新しい仲間づくりや社会活動への参加の場であり、60歳以上の人であれば、どなたでも参加できます。

今後も、老人クラブ活動における社会貢献や健康づくり、介護予防等について支援していきます。また、会員における地域での生活支援サービスの拡大を検討していきます。

老人クラブ	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
老人クラブ数（箇所）	15	14	14	14	14	14
会員数（人）	473	441	395	395	395	395

4. 生涯学習の推進

本町では、誰もが自らの意思で学習や活動ができる社会教育環境の充実に向けて、公民館によるサークル活動やふれあい大学など生涯学習活動の充実を図っており、文化的行事や生涯学習推進大会などの事業については、今後相互の長所を生かした交流事業として継続していき、さらなる内容の充実や利用者の拡大を検討していきます。また生涯学習活動の周知については、文集「なごみ」の作成・配布や町広報紙を活用して継続的に広く周知を行っていきます。

高齢者のみならず、誰もが自分の意思で学習や活動に取り組むことができる社会教育環境の充実に向けて、地域住民のさまざまな生涯学習を支援していきます。

5. 高齢者スポーツ活動の推進

総合型スポーツクラブ「クラブなごみ」は、本町のスポーツ環境充実のための中心的な役割を担っています。令和元年度からの小学校運動部活動の社会体育への移行に伴い、「クラブなごみ」の存在価値は高まっており、今後も地域の力を活用し、多世代によるスポーツ交流環境ができるような取り組みとともに、高齢者スポーツを通じた高齢者の健康増進・体力の向上と、社会参加の促進につながる取り組みを進めていきます。

6. 介護予防リーダーの育成・発掘

介護予防リーダー養成講座の修了生を中心に、介護予防教室の体制強化を図っていきます。また、あらゆる機会を通じて、養成講座への参加者の拡大に取り組みます。

7. 高齢者の活躍の場の創出

サロン活動やお茶の間筋トレ教室の運営、地域住民の互助による生活支援の仕組みづくり等に、高齢者の参画を位置づけ、高齢者の新たな活躍の場としていきます。

第2章 保健事業と介護予防の一体的実施による健康づくりの推進

(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事業の基本的な方針」より抜粋)

1. 基本的な方針の趣旨

人生100年時代を見据え、高齢者の健康増進を図り、できる限り健やかに過ごせる社会としていくため、高齢者一人ひとりに対して、きめ細やかな保健事業と介護予防を実施するため、令和元年に「国民健康保険法第82条」が改正されました。この中で、市町村は国民健康保険の保健事業については、後期高齢者医療制度の保健事業と介護保険の地域支援事業と一体的に実施するよう努めるものとされました。

また、「高齢者の医療の確保に関する法律 第125条の2 第1項」の規定により、市町村は、後期高齢者医療広域連合の広域計画に基づき高齢者保健事業の委託を受けた場合において、当該後期高齢者医療広域連合の被保険者に対する高齢者の保健事業の効果的かつ効率的な実施を図る観点から、国民健康保険保健事業や地域支援事業との一体的な実施の在り方を含む基本的な方針を定めるものとされています。

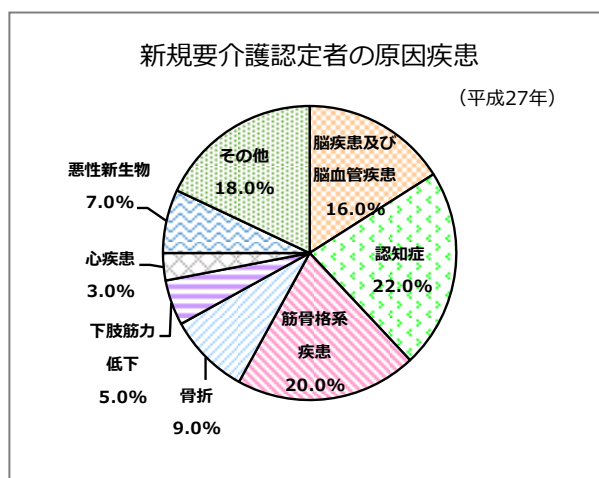
基本的な方針には、一体的実施の推進体系、具体的な事業内容とその担当部局、関係部局における医療・健診・介護に関する個人情報の閲覧の仕方などを盛り込むこととされています。

そのため、本町では、これまで実施してきた保健事業の内容等を基に、健康寿命の延伸と社会保障費の安定を図ることを目的として、「和水町高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業の基本的な方針」を策定しています。

2. 現状と課題

介護保険主治医の意見書や国保データベースシステム（以下、KDBシステム）等を用いて分析を行った結果、次のことが明らかになりました。

- ①平成27年度の和水町新規要介護認定者の原因疾患は、脳血管疾患16%、筋骨格系疾患20%、骨折8%、認知症22%でした。



介護認定者の有病状況（平成30年度）

また、平成 30 年度の介護認定者の有病状況は、脳卒中 48.9%、高血圧 82.0%、糖尿病 39.5%、認知症 43.7%、筋骨格系 93.7%でした。

これらの結果より、時系列での原因分析が必要ではありますが、脳血管疾患、認知症、筋骨格系疾患を予防する事で、新規要介護認定者数の抑制が可能だと考えられます。特に、本町の脳血管疾患と高血圧の有病率は、要介護認定者の中で他疾患と比較して高いだけでなく、全国や県、同規模市町村と比較しても高い傾向にあるため、優先順位を高くし、予防する事が必要です。

②後期高齢者の新規人工透析導入者が例年 0～3 人程度存在します。

疾患		疾病	件数
			割合
血管疾患	循環器疾患	脳卒中	391
			48.9%
		虚血性心疾患	243
	30.4%		
	腎不全	88	
		11.0%	
	基礎疾患	糖尿病	316
			39.5%
		高血圧	655
			82.0%
脂質異常症		376	
	47.1%		
血管疾患合計	合計	753	
		94.2%	
認知症		認知症	349
			43.7%
筋・骨格疾患		筋骨格系	749
			93.7%

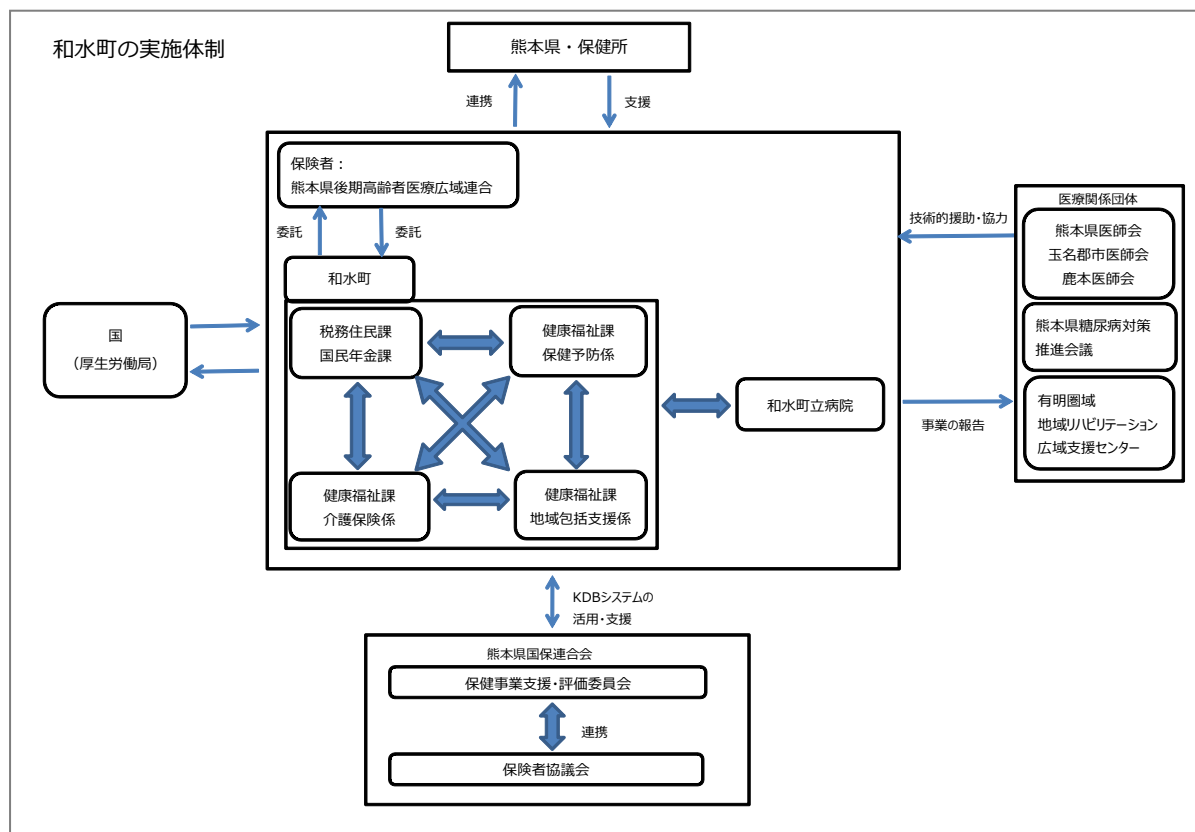
これらを踏まえ、本事業により解決したい課題、達成したい目標を次のように設定します。

- ①脳血管疾患等の予防のために、高血圧・糖尿病の未治療者及び治療中コントロール不良者の減少を図ります。
- ②認知症、筋骨格系疾患等、有病者の情報を分析して、原因確認と対策を検討します。
- ③人工透析予防のため、腎機能低下者の腎機能維持を図ります。

3. 一体的実施の推進体制

本事業は、税務住民課国保年金係が中心となり、健康福祉課保健予防係、地域包括支援係、介護保険係とともに密な連携体制を構築し、関係部局の業務を把握するため、定期的な庁内連携会議を開催し、事業の進捗状況や情報の共有を図ります。

また、町内の医療機関をはじめ、玉名郡市医師会や鹿本医師会、有明圏域地域リハビリテーション広域支援センター等とも連携し、事業目的・健康課題の共有を図ります。



4. 具体的な事業内容

(1) 高齢者に対する個別支援（ハイリスクアプローチ）

【取組区分】

- 「低栄養防止事業」
- 「糖尿病性腎症重症化予防事業」
- 「その他の生活習慣病重症化予防事業」

【事業目標】

- ・低栄養状態を改善し、介護予防・QOL（生活の質）維持向上を目指す。
- ・脳血管疾患等の予防のために、高血圧・糖尿病の未治療者及び治療中コントロール不良者の減少を図る。
- ・人工透析予防のため、腎機能低下者の腎機能維持を図る。

(2) 通いの場等への積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ）

【取組区分】

- 「低栄養防止事業」
- 「高血圧重症化予防事業」

【事業目標】

- ・低栄養状態を改善し、介護予防・QOL（生活の質）維持向上を目指す。
- ・脳血管疾患等の予防のために、高血圧・糖尿病の未治療者及び治療中コントロール不良者の減少を図る。

【実施方法及び回数】

1 か所に年間2回ずつ巡回し、当該事業の健康教育を実施する。

【実施内容】

- ・質問票または食事調査票等による実態調査と健康調査を行う。
- ・血圧調査票による実態把握と健康教育を行う。

第3章 地域支援事業の推進

第1節 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

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。本町では、平成29年4月から開始しています。



(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、訪問型サービスAは社会福祉協議会とJAなどへの事業所指定で実施しています。

訪問型サービスの従事者不足が町の中長期的な課題としてあるため、専門職でなくてはならない介護以外の部分を介護予防サポーターやシルバー人材センター、また令和2年度より立ち上げを行った生活支援サービス「なごみのわ」の協力会員の活用を推進していきます。

(参考) 国の示すサービスの類型

	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、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進	住民主体による支援等	・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

(2) 通所型サービス

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・Bを実施しており、通所型サービスBは地域ボランティアが中心となり、社会福祉協議会がサポートの上実施しています。

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ような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	提供中	
基準	現行の通所介護相当		多様なサービス	
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	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
従前訪問介護相当サービス(人)	11	7	4	5	5	10
訪問型サービスA(人)	39	35	31	35	35	40
従前通所介護相当サービス(人)	1	0	0	0	1	1
通所型サービスA(人)	87	76	70	70	70	75
通所型サービスB(人)	59	54	53	55	55	60

（３）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や一般介護予防事業、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。

介護予防ケアマネジメント	第 7 期計画の実績値			第 8 期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
ケアマネジメント数（件）	88	67	65	65	65	70

2. 一般介護予防事業の推進

65 歳以上のすべての人及びその支援のための活動にかかわる人を対象に、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育成・支援を行なうことを目的として実施します。

一般介護予防事業は以下の 5 つに分類されており、本町では今後も必要な事業を実施していきます。

（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、閉じこもりなどの何らかの支援を要する人を把握し、住民主体の介護予防活動へつなげる事業です。

本町では、令和 2 年度から実施の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、保健センターとの情報の受け渡しについて体制を構築しています。

（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ものとなり、

- 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。

本町の主な介護予防普及啓発事業は以下のとおりです。

■お茶の間筋トレ教室

本町では、拠点型、地域型を含め、町内 59 地区（令和 2 年度時点）で、お茶の間筋トレ教室として介護予防体操を実施しており、週 1 回の住民主体の通いの場として定着しています。運動指導員や看護師等の専門職が定期的に関わりを持ち、介護予防の促進を行っていますが、令和 2 年の新型コロナの影響による教室の休止から、その間に参加者の機能低下や、介護申請に至るケースも見られており、このような人の機能を改善し、元気になって地域の多様な通いの場等の社会参加につながっていただく仕組みの構築が必要になっています。今後いかに「元に戻す」取り組みが行えるか、また新しい参加者を増やしていけるかが課題となっています。

今後も高齢者の生きがいづくりと社会参加、介護予防の促進に向けて、参加者と開催地区の拡大に取り組みます。

お茶の間筋トレ教室	第 7 期計画の実績値			第 8 期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
利用者数（人）	657	578	552	560	560	560
実施箇所数（箇所）	56	58	59	59	59	59

■自彊術

健康体操自彊術を実施し、心身の健康と体力の維持・向上を図ります。

自彊術	第 7 期計画の実績値			第 8 期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
利用者数（人）	72	70	59	60	60	60

■夢ランドひふみ予防事業

毎月 2 回、健康ストレッチ、レクリエーションを開催します。

夢ランドひふみ予防事業	第 7 期計画の実績値			第 8 期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
利用者数（人）	25	26	27	30	30	30

（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の育成・支援を行うものです。

本町では今後も高齢者が主体的に取り組む介護予防をサポートするボランティア人材を育成していきます。

ボランティア等養成講座	第 7 期計画の実績値			第 8 期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
開催回数（回）	4	4	4	4	4	4

（４）一般介護予防事業評価事業

一般介護予防事業におけるそれぞれの事業が、適切かつ効率的に実施されているかを把握し、改善を図るための事業となります。

本町では、お茶の間筋トレ教室にて、有明圏域地域リハビリテーション広域支援センターのリハビリテーション専門職が体力測定等を行い、県のデータとの比較を行っています。また、各地区で報告会を開催することで、さらなる介護予防の推進を図っています。

令和 3 年度までに、地区ごとの評価については完了する見込みとなっていますので、令和 4 年度以降は、町全体で評価した内容について、年 1 回程度評価会議を開催し、継続的に評価を行っていく予定です。

一般介護予防事業評価事業	第 7 期計画の実績値			第 8 期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
評価対象の地区数（地区）	15	11	12	11	全地区	全地区
一般介護予防事業評価会議 開催回数（回）	—	—	—	—	1	1

(5) 地域リハビリテーション活動支援事業

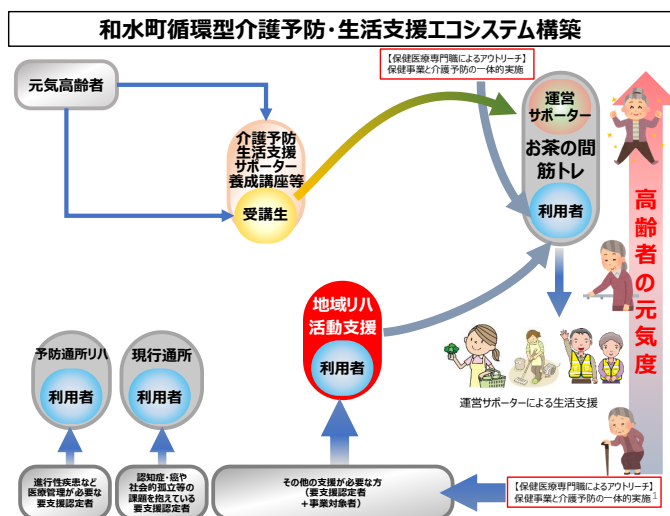
地域における介護予防の取り組みを機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場などへのリハビリテーション専門職等の関与を促進する事業です。

本町では、公民館などを活用した地域の身近な場所で、住民主体の通いの場が定期的に開かれるよう、リハビリテーション専門職を積極的に活用していきます。また本事業により、リハビリテーション専門職の地域ケア会議等への参加を図ることで、多職種連携による効果的な自立支援型のケアプラン作成を支援していきます。

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などの役割を担い、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。

また、令和2年の新型コロナの影響により、「お茶の間筋トレ教室」などの地域の介護予防の重要な拠点が休止になり、その間に参加者の機能低下が見られたり、介護申請に至るケースも見られています。このような人の機能を改善し、元気になって地域の多様な通いの場などの社会参加につながっていく仕組みの構築が必要になっています。

対象者個別の状態に応じて介入の期間などを柔軟に対応ができる地域リハビリテーション活動支援事業として、リハビリテーション専門職等が自宅へ訪問し、住宅環境の確認から短期集中的なリハビリテーションプランを提供する、自宅でのセルフケアに介入するようなプログラムの導入を今後検討をしていきます。



地域リハビリテーション 活動支援事業	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
リハ職派遣回数（回）	27	22	27	30	30	30

3. 事業評価に基づく総合事業のPDCAサイクルの構築

本町は、地域包括ケアシステムの推進と介護保険制度の持続可能性の維持に向けて、以下の指標について目標値を設定することで、保険者機能を発揮し自立支援・重度化防止に取り組み、その達成状況を評価します。

【総合事業のK P Iの設定（効率的・効果的な総合事業の実施）】

	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度
1. 事業の有効性			
1-1 介護予防の推進			
① 1号被保険者要介護（要支援）認定率 （令和元年度 20.3%）	20%	20%	20%
② 主観的健康観の高い人の割合 （健康状態「とてもよい」と回答：令和 2 年度 9.7%）	—	—	+ 10%
③ 主観的幸福感の高い人の割合 （幸福度 7 点以上/10 点：令和 2 年度 63.4%）	—	—	+ 10%
④ 週 1 回以上社会参加者割合 （令和 2 年度 45.7%）	—	—	+ 10%
1-2 自立支援に向けた環境整備			
⑤ 週 1 回以上の通いの場の箇所数 （令和 2 年度時点：62 箇所）	65 箇所	65 箇所	65 箇所
⑥ 週 1 回以上の通いの場の参加者割合 （令和 2 年度時点：15%）	15%	15%	15%
2. 事業の効率性			
① 予防給付と総合事業総額の伸び率	後期高齢者伸び率を下回る		
② 介護給付・予防給付・総合事業総額の伸び率	後期高齢者伸び率を下回る		

※ K P I（重要業績評価指標）：目標を達成するための取り組みの進捗状況を定量的に測定するための施策ごとの達成すべき成果指標。

※②③④は令和 2 年度実施及び令和 5 年度実施予定の「介護予防・日常生活圏域二一ズ調査」により集計

第2節 包括的支援事業の推進

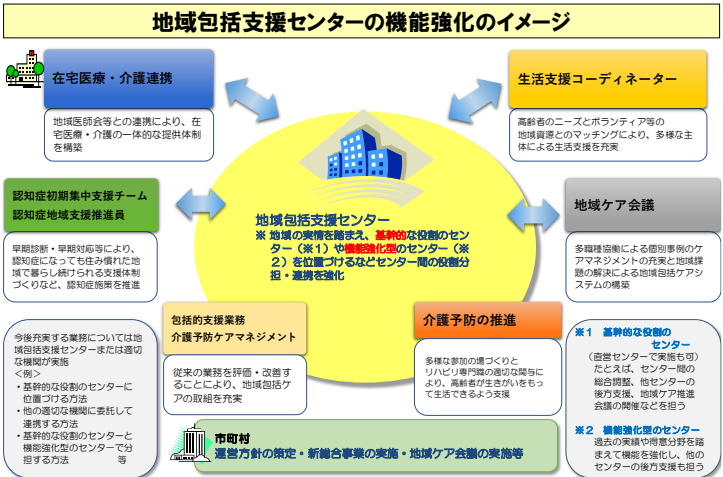
1. 地域包括支援センターの運営

(1) 地域包括支援センターの機能強化と総合相談支援業務

地域包括支援センターは、保健、介護、福祉という3分野の専門職が連携し、地域の医療機関、介護（介護予防）サービス事業者、ボランティアなどと協力しながら、地域の高齢者のさまざまな相談に対応する、地域包括ケアのコーディネート機関です。本町では、地域包括支援センターを直営で実施しており、地域にあるさまざまな課題への対応強化を図るために、関係機関とのネットワークを構築し連携を図ります。

地域包括支援センターでは、毎年度、事業計画を作成し、定期的に活動報告を行うことで、業務実績、職員体制、地域包括ケアの推進状況の確認を行っています。また、地域包括支援センターの専門職が、総合相談や地域ケア会議の開催、地域への訪問活動等を十分に行うことができるよう、欠員が発生した場合などに対応していくとともに、業務状況の評価指標を踏まえた適切な人員体制の確保に取り組みます。

地域包括支援センターで行っている総合相談支援業務は、地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるよう支援していくための入り口となるものです。高齢者のさまざまな相談を受け、適切な機関・制度・サービスにつなぎ、継続的にフォローしていきます。総合相談支援業務を通じて、地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続できるよう、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、関係機関及び制度の利用につなげるなど、ワンストップサービスの拠点として、各関係機関と調整しながら相談業務を行っています。



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		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
職員数（人）	4	4	4	4	4	5
総合相談件数（件）	502	591	600	600	600	700

(2) 地域ケア会議の充実

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（ケアマネジャー）のケアマネジメント支援を通じて、適切な支援につながっていない高齢者の支援を行うとともに、個別ケースの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など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5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。

また、地域ケア会議を充実することは、ケアマネジャーの資質向上と高齢者個人に対する支援の充実、それらを支える社会基盤の整備にもつながります。

本町では、ケアマネジャーからの事例提供による個別事例検討会議を月1回開催していますが、地域課題の抽出や解決につなげるのが難しいという課題が見られます。今後は、個別の事例から、共助と公助、自助と互助についての理解を深める方法について検討を行い、高齢者の自立支援の推進につながる会議の運営を目指します。また、認知症初期集中支援チームによる支援事例からも、地域課題を明らかにし、支援体制の充実について検討を進めます。

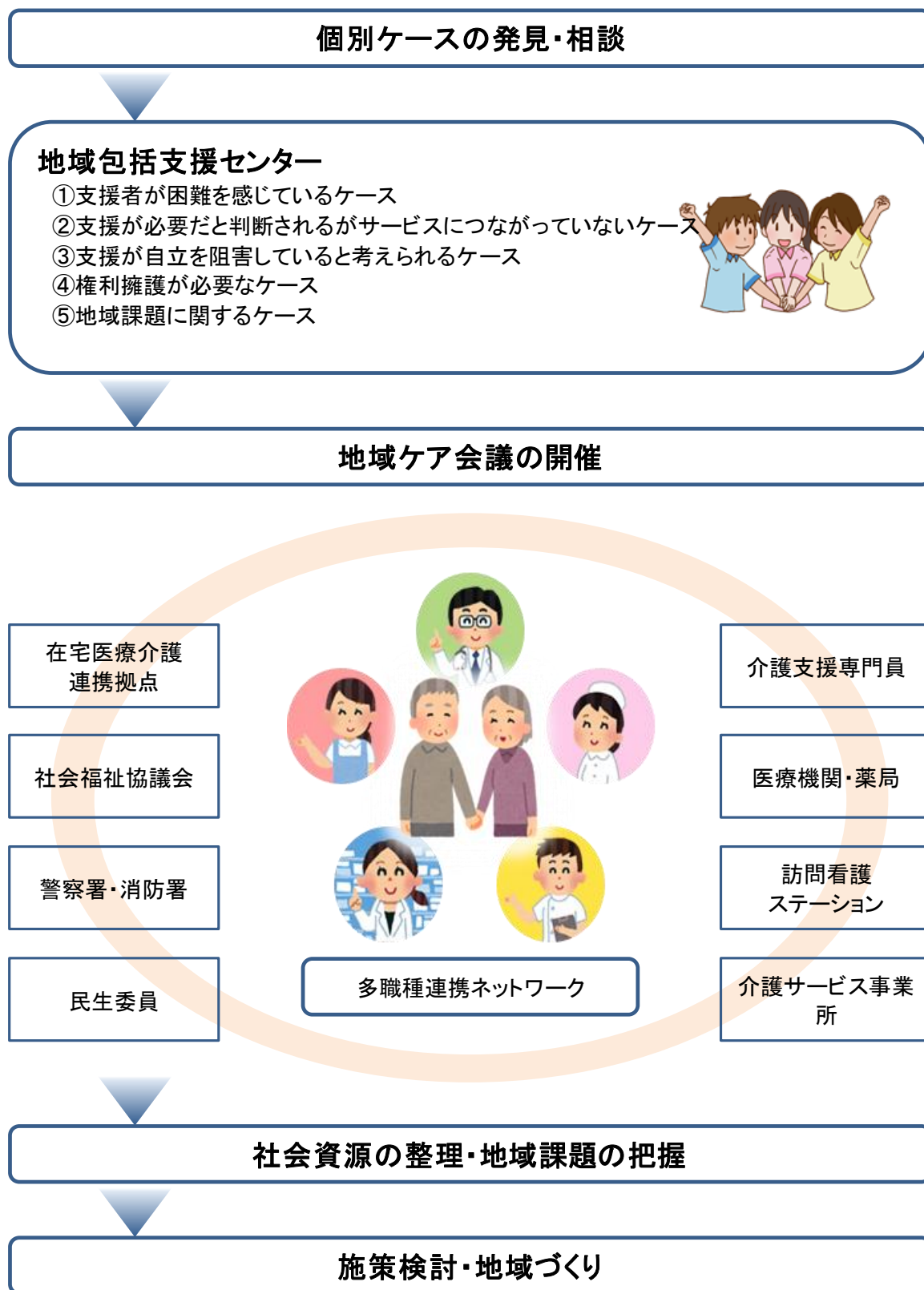
自立支援型の地域ケア会議を重ねていくことで、地域の課題を集約し、地域資源の開発や政策形成に結びつけていきます。

地域ケア会議推進事業	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
開催数（回）	12	11	11	12	12	12
事例検討数（件）	12	11	10	12	12	12

【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、地域に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】



（３）権利擁護業務

近年、本町においても、高齢者虐待に対する理解が高まりつつあります。成年後見制度の活用や老人福祉施設等への措置の支援、高齢者虐待への対応、困難事例への対応、消費者被害の防止に関する諸制度等を活用し、高齢者の生活支援を実施していきます。

なお、支援が必要なケースに対しては、保健師、社会福祉士、ケアマネジャー等の複数の専門職で対応していきます。

（４）包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

包括的・継続的なケア体制の構築、地域における介護支援専門員のネットワークの活用、ケアマネジャーに対する日常的個別指導・相談、助言を実施していきます。

■ 包括的・継続的なケア体制の構築

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、地域ケア会議や医療機関との多職種連携を促進していきます。また、地域のケアマネジャーと関係機関の間の連携を支援します。

■ 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

地域のケアマネジャーに対して、有明圏域で開催する研修会や事例検討会の案内を送付しています。また、ケアマネジャー相互の情報交換などを行う場として、地域ケア会議やサービス担当者会議等を開催しています。

今後も、既存のネットワークを活用し、ケアマネジメントの質の向上を図ります。

■ 日常的個別指導・相談、支援困難事例等への指導

地域のケアマネジャーの日常的業務の実施にあたって、地域包括支援センター内に、ケアマネジャーが個別に相談できる窓口を設置しています。ケアプラン及び介護予防・施設サービス計画の作成技術の指導、サービス担当者会議の開催支援のほか、地域のケアマネジャーが抱える支援困難事例等への指導・助言を行っていきます。

（５）介護予防ケアマネジメント業務

介護予防・日常生活支援総合事業の開始により、自立支援に向けたケアマネジメントの重要性が、ますます高まっています。

介護保険における予防給付の対象となる要支援認定者が、介護予防サービス等の適切な利用を行うことができるよう、地域包括支援センターにおいて、自立支援型ケアマネジメントの考え方に基づき介護予防サービス計画を作成するとともに、サービスの提供が確保されるよう、関係機関との調整を行っていきます。

2. 在宅医療・介護連携推進事業の推進（各論第6章に詳細記載）

本事業については、有明圏域の1市4町で、玉名郡市医師会に業務委託して実施しています。

今後も、医師会や歯科医師会等の関係団体及び関係市町との連携強化を図ります。関係団体との役割分担のもと、在宅医療・介護連携推進事業の推進を図ることで、包括的かつ継続的な在宅医療と介護の一体的な提供体制を整備していきます。

3. 認知症施策推進事業の推進（各論第5章に詳細記載）

（1）認知症初期集中支援推進事業

認知症の人やその家族に早期にかかわることを目的に、平成29年度より、地域包括支援センター内に認知症初期集中支援チームを立ち上げ、①対象者の把握、②情報収集及び観察・評価、③初回訪問時の支援、④認知症サポート医を含めたチーム員会議の開催、⑤初期集中支援の実施、⑥評価、を実施しています。

今後は、地域住民に対してチームの周知・啓発を図るとともに、認知症初期集中支援チームの活動から抽出された地域課題を地域ケア会議等で協議し、情報の共有と必要な対応を行っていきます。

（2）認知症地域支援・ケア向上事業

認知症の人やその家族が、状況に応じて必要な医療や介護などのサービスを受けることができるよう、認知症地域支援推進員が中心となって、認知症に関する医療・介護などの連携強化、地域における支援体制の構築、認知症ケアの向上に取り組んでいきます。

また、町内の認知症高齢者を抱える家族の会を、定期的を開催していきます。



4. 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。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います。令和2年度には社会福祉協議会で生活支援サービス「なごみのわ」の立ち上げを行い、生活支援の担い手の養成や、ニーズとサービスのマッチングを行っています。今後も社会福祉協議会、生活支援コーディネーターとの連携・協働により、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きます。

また、生活支援・介護予防サービスの提供主体などが参画する協議体を年3回開催しており、今後も定期的な開催と、情報共有・連携強化を図っていきます。

さらに、お茶の間筋トレ教室等における互助による生活支援の仕組みづくりや、事業者等によるインフォーマルサービス（公的制度以外のサービス）など、地域全体で高齢者を支える新たな体制づくりを進めていきます。

今後は、より効果的な町独自の取り組みを展開していくため、地域ケア会議とあわ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。

なお、今後は生活支援コーディネーターが中心となり、住民の趣味の集まりや自主サークル等も含めた町内の活動の実施状況の把握を行い、他の事業との連携を図ることにより一般介護予防事業等をさらに推進させていくとともに、それらの情報をまとめた町の「資源マップ」の作成についても検討していきます。

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		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
生活支援コーディネーター設置数(人)	1	2	2	2	2	2
協議体開催数(回)	0	2	2	2	3	3

第3節 任意事業の推進

任意事業とは、町の判断により、国、県からの交付金や介護保険料を財源とする地域支援事業の中で行う事業です。安定した介護保険事業を運営するとともに、被保険者の自立した日常生活支援のために、必要な事業を行います。

本町の任意事業の主な取り組みは以下のとおりです。

1. 介護給付等費用適正化事業の推進

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などを危惧し、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、国が定める指標と、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）を参考にし、本町では適正化の主要の5事業について、すべてを確実に実施できるよう体制の構築を行っていきます。（→各論第7章に詳細を記載）

2. 家族介護支援事業の推進

介護を必要とする高齢者等を介護する家族や近隣の援助者は、必ずしも介護に関する専門家ではなく、配偶者や娘・息子などが担っていることがあります。そのため、家族介護を行っている人の負担軽減を目指して、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、在宅介護の限界点を高める取り組みを推進します。また、介護者が集って悩みやストレスを相談しながら解消する介護者のケアとしても重要な役割を持つ事業です。

本町では主に認知症の家族の支援として「福祉介護相談会」（認知症家族のつどい）を実施しています。（→各論第5章に詳細を記載）

3. その他の事業の推進

本町の任意事業のその他の事業の主な取り組みは以下のとおりです。

(1) 認知症サポーター養成事業

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。(→各論第5章に詳細を記載)

(2) 成年後見制度利用支援事業

加齢や心身の障がい等により判断能力が低下した人も地域の中で尊厳ある生活を営めるよう、今後も、窓口における相談対応、制度説明の充実に取り組んでいきます。また、成年後見制度の一層の活用を図るため、関係機関との連携強化と制度に関する周知・啓発に取り組めます。(→各論第5章に詳細を記載)

(3) 和水町安心相談確保事業（緊急通報システム事業）

一人暮らしの高齢者等について、緊急通報装置(ごく簡単な操作により緊急事態を自動的に通報できる装置)を利用して、急病及び災害等の緊急時の迅速かつ適切な対応、日常生活に関する相談、安否確認を行う事業です。

和水町安心相談確保事業	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
緊急通報システム累計利用者数(人)	18	17	17	20	25	25

第4節 自立支援・介護予防・重度化防止の推進

本町の介護予防としての取り組みは地域ごとに差があり、高齢者の認知度もさまざまです。

介護保険制度の理念である高齢者の自立支援・重度化防止に向けた取り組みを推進するためには、介護予防を、地域の取り組みとしてしっかりと位置づけ、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けて具体的に取り組んでいくことが重要です。

自立支援、介護予防・重度化防止等の取り組みについては、「通いの場の充実」、「認知症施策の充実」を重点施策として実施していきます。

本町では、お茶の間筋トレ教室をはじめとするさまざまな介護予防の取り組みを展開していますが、今後は、生活支援コーディネーターが中心となり、運動・体操に限らない多様な通いの場や、比較的参加率が低い男性が参加しやすい通いの場の創出についてもあわせて推進を行っていきます。

なお、本取り組みについて数値目標を設定し、毎年度、実施状況を把握しながら、進捗状況が未達成の場合は、改善策の検討・実施や目標の見直し等を行っていきます。

自立支援、介護予防・重度化防止等に向けた重点的な取り組み

通いの場の 充実

- 介護予防と高齢者の生活支援に関する担い手の拡大に取り組みます。
- 高齢者の社会参加（男性の参加）の促進や介護予防のための通いの場の拡大に取り組みます。

認知症施策 の充実

- 認知症の早期発見・早期対応の充実に取り組みます。
- 認知症相談窓口の認知度の向上に取り組みます。
- 「認知症カフェ」の早期設置と普及・啓発に取り組みます。
- 高齢者の虐待防止と成年後見制度の利用促進を図ります。

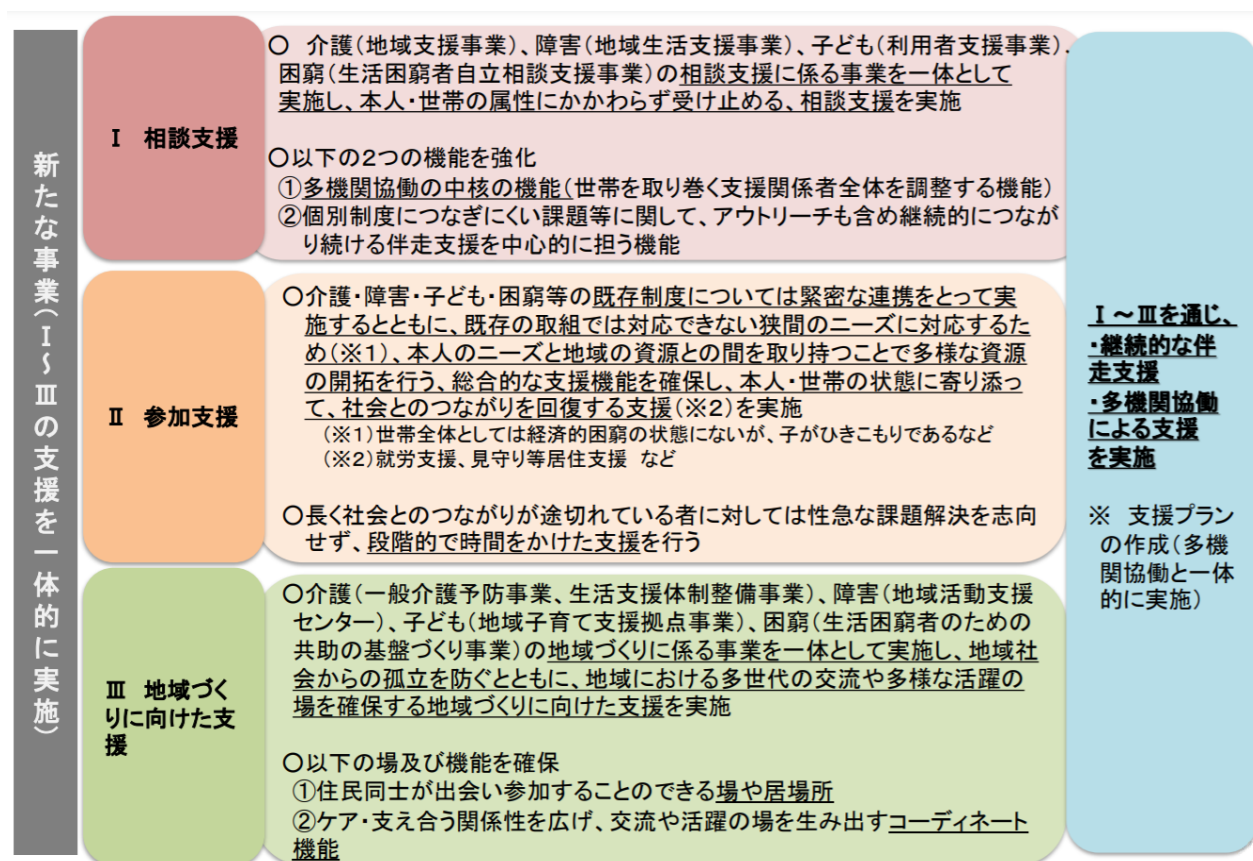


第4章 安心・安全な暮らしの実現

第1節 地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進

地域共生社会とは、制度・分野ごとの『縦割り』や、「支え手」と「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、それぞれ『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と地域をともに創っていく社会のことです。

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人などが、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など、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。



■本町の相談体制について（「第3期和水町地域福祉計画」より抜粋）

地域の中で安全・安心な生活を送ることができるよう、さまざまな問題や悩みを解決に結び付ける相談体制の整備を進めていきます。

区分		役割
自助	地域住民	○個人、家庭、近隣の困りごとなどの解決に向けて、社会福祉協議会、民生児童委員、地域包括支援センター、子育て支援拠点施設、保健センター等の相談窓口を積極的に活用しましょう。
共助・互助	各種団体 民間事業所	○関係団体は、地域における相談活動の充実と、その周知に努めましょう。 ○民生児童委員が行う地域の相談活動については、行政の相談機関と連携して解決に取り組みましょう。
	社会福祉協議会	○社会福祉協議会や民生児童委員等の関係団体は、地域における相談活動の充実と、その周知に努め、問題解決につながる支援を行っていきます。
公助	和水町	○相談窓口の周知徹底を図ります。 ○福祉の総合的な相談窓口の体制を整備します。地域包括支援センター、地域子育て支援センター等の地域における身近な相談窓口について、周知を図ります。 ○研修会等の開催や受講により、各種相談員の技術の向上を図ります。 ○相談員が地域に出向き、相談しやすいように声かけなどを行っていきます。 ○相談体制確立のため、関係課連携の仕組みづくりに取り組みます。

【町の取り組み】

総合相談・総合対応
各種相談窓口があり個々に対応するだけでなく、必要に応じて関係部署と連携して相談に対応しています。 しかし、複合的で複雑な課題に対し、一層連携した対応が必要です。相談担当者の研修とともに、現在の地域ケア会議の充実や情報共有の手続き等により総合対応の仕組みを進めます。

第2節 安心なまちづくりの推進

1. 安心して生活できる住まいの確保

高齢者自らのニーズに合わせた住まいへの住み替えについては、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム」等、国・県の取り組みを活用した情報提供を行っていきます。また、高齢者、低所得者、子育て世帯等の住宅確保要配慮者の入居を拒まない賃貸住宅の登録制度など、民間賃貸住宅や空き家を活用した「新たな住宅セーフティネット制度（平成 29 年 10 月 25 日施行）」を踏まえ、民間賃貸住宅のオーナーからの相談を受ける仲介業や不動産関係団体等に対して、制度の柱となる①住宅確保要配慮者向け賃貸住宅の登録制度、②登録住宅の改修や入居者への経済的な支援、③住宅確保要配慮者に対する居住支援などの理解を促進します。

住まいのバリアフリー化にあたっては、介護予防・重度化防止及び住宅内で起きる事故防止の観点からも、町内のケアマネジャーやリハビリテーション専門職との地域ケア会議や研修において、理解を深めていきます。また、必要な人へ住宅改修や住宅改造の助成を実施し、住まいのバリアフリー化を進めます。

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。

【本町の有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の設置状況】

	住宅型有料老人ホーム		サービス付高齢者向け住宅	
	設置数	定員総数	設置数	定員総数
菊水圏域	4 か所	62 人	0	0
三加和圏域	1 か所	10 人	1 か所	20 人
合計	5 か所	72 人	1 か所	20 人

※令和 2 年 12 月時点（令和 3 年 4 月設置予定のサービス付き高齢者向け住宅を含む）

2. 高齢者の移動手段の確保

路線バスなどの公共交通機関の利用が不便な地域にお住まいの人や、自家用車を運転しない人などの日常生活の移動手段を確保するため、平成 29 年 10 月から、和水町おでかけ交通「あいのりくん」の運行を開始しています。

「あいのりくん」は、利用登録した人からの「電話予約」を受け、利用者の自宅付近から町内 8 か所の目的地まで運行する新しい公共交通となります。町内の民間タクシーの車両を活用した他の利用者との「乗り合い」により、安価な運賃で運行しています。

さらに平成 30 年 10 月には、乗降場所の計 10 か所の追加と運行時間の拡大を行い、住民の利便性の向上も図ってきました。

また、通院に家庭での移送が困難な高齢者で、要介護認定を受けた人（要支援 1 は除く）を対象に、タクシー料金の助成を行う、「和水町高齢者等外出支援タクシー利用助成事業」を実施しています。

今後も高齢者の移動支援事業の周知と利用促進を図ると同時に、運転免許証の返納者や交通弱者等に対する交通手段の確保などについて、まちづくり推進課との協議や協議体での検討を進めています。

【「あいのりくん」の運行内容】

運行日・運行時間	月曜日～金曜日 (土・日曜・祝日、12月29日～1月3日は運行しません) 午前8時30分～午後5時
利用対象者	和水町にお住まい（住民登録されている人）で、利用登録をされた方 ※車いすでの利用不可、一人で車両に乗り降りができない方は介助される方の同乗が必要など、利用に関する一定の条件があります
乗降場所・目的地	利用者の自宅付近と目的地（町内18カ所）で乗り降りすることができます ■菊水地区の指定乗降場所 ・和水町役場本庁 ・菊水ロマン館 ・和水町立病院 ・スーパー菊屋りんご店 ・肥後銀行菊水支店 ・JA玉名菊水総合支所 ・和水クリニック ・コメリハード&グリーン菊水店 ■三加和地区の指定乗降場所 ・和水役場三加和総合支所 ・スーパー菊屋みかん店 ・JA玉名三加和総合支所 ・緑郵便局 ・森の里クリニック ・歯科処神崎 ・三加和郵便局 ・三串歯科医院 ■菊水地区・三加和地区「共通指定乗降場所」（乗継拠点） ・三加和温泉ふるさと交流センター ・和水町福祉センター（和水町社会福祉協議会）
利用運賃	乗り降りする地区によって、一人一乗車（片道：1回）につき300円
予約受付時間	月～金曜日の午前9時から午後4時まで (土・日曜、祝日、年末年始は休み)

平成30年10月改定

1人1回
300円

自宅から
指定乗降
場所まで

和水町おでかけ交通

あいのりくん



利用登録した方からの「電話予約」を受け、自宅付近から指定の乗降場所まで、他の利用者との「乗り合い」で運行する公共交通です。

あいのりくん
予約センター

☎0968・82・8355
受付：午前9時～午後4時（土・日・祝祭日・12/29～1/3を除く）

※あいのりくんの利用には、「利用登録」と「電話予約」が必要です

運行日・運行時間

月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時

※土・日・祝祭日・12月29日～1月3日は運休します。

予約受付時間

月曜日～金曜日 午前9時～午後4時

※乗りたい日の1週間前から予約をすることができます。
ただし、午前8時30分～10時の予約を取りたい場合は、
前日までに予約をする必要があります。



利用料金

<割引制度>

1人1回
300円

片道の料金です。往復する場合
や乗り継ぎする場合は2回分の
料金となります。

未就学児 無料
小学生 150円（半額）
障害者手帳[※]をお持ちの人 150円（半額）

※身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者
保健福祉手帳のいずれか

町民みんなの「あいのりくん」です。
マナーを守って気持ちよく利用しましょう。

利用登録 あいのりくんの利用には、事前の利用登録が必要です。

1. 利用登録ができる方

和水町にお住まいの方

であれば誰でも OK

登録に年齢制限
はないから、親子
で登録できます。



2. 利用登録の方法

役場本庁まちづくり推進課、三加和総合支所住民課、または
社会福祉協議会に備え付けてある利用登録申請書に、必要事項を
記入のうえ提出してください。

利用の流れ 利用登録ができた後電話予約をして利用してみましょう。

1. 電話で予約します



××区の和水花子です。
〇〇時に□□まで行きたい
ので、予約をお願いします。

ポイント

予約は乗りたい時間の1時間前
までに連絡してください

2. 乗降場所で乗車します

予約の時間に自宅付近までタクシーがお迎え

※予約時間に予約場所にいらっしゃらない場合は、お待ちすることができません

必ず予約の時間
に自宅の外で
お待ちください。



3. 目的地へ向かいます

予約した指定乗降場所までお出かけ

※複数の予約がある場合は乗り合いになります
みんなであいあい・乗り合い・あいのりくん

ポイント

指定乗降場所を次のページで
ご確認ください

運行範囲

「自宅から指定乗降場所まで」
または
「指定乗降場所から自宅まで」



※指定乗降場所から指定乗降場所への運行はできません

指定乗降場所一覧

<菊水地区>

和水町役場本庁、菊水ロマン館、和水町立病院、スーパー菊屋りんご店、
肥後銀行菊水支店、JA 玉名菊水総合支所、和水クリニック、
コメリハード & グリーン菊水店

<三加和地区>

和水町役場三加和総合支所、スーパー菊屋みかん店、緑郵便局、森の里クリニック、
JA 玉名三加和総合支所、歯科処神崎、三加和郵便局、三串歯科医院

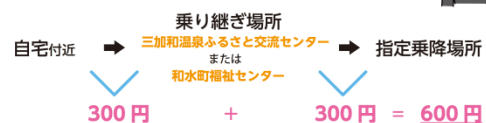
<共通指定乗降場所（乗り継ぎ拠点）>

三加和温泉ふるさと交流センター、和水町福祉センター

乗り継ぎについて

菊水地区から三加和地区、または三加和地区から菊水地区
への移動には、共通指定乗降場所での乗り継ぎが必要です。

乗り継ぎをする場合は…



3. 福祉サービスによる在宅生活の支援

一人暮らしや高齢者世帯等、日常生活にさまざまな支援を必要とする高齢者を対象とした各種福祉サービスの充実を図っています。

本町の主な高齢者に対する福祉サービスは以下のとおりです。今後も必要に応じて事業の充実を図っていきます。

高齢者住宅改造助成事業
65 歳以上の要介護（要支援）認定者と同程度と認められる未認定者のいる世帯に対し、住宅改修に必要な経費を助成することにより、在宅での自立支援、寝たきり防止及び介護者の負担軽減を図る事業です。
食の自立支援事業（配食サービス）
一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯で食事作りが困難な在宅の高齢者を対象に、週 1～2 回、食事を届ける事業です。栄養バランスのとれた食事を届けることで、栄養改善と自立した生活を支援すると同時に、安否確認を行っています。
在宅要介護認定者介護手当支給事業
在宅で常時介護を必要とする要介護 4・5 の高齢者を介護する人の精神的・経済的な負担を軽減することを目的に、慰労金として介護手当を支給しています。対象者の漏れがないように、さまざまな機会を通じて、地域住民やケアマネジャーに事業の周知を図っていきます。
ショートステイ特別支援事業
要介護（要支援）認定者で、介護保険サービスの提供を受け、なおかつ定められた期間を超えて保護する必要があると認められた場合に、一時的に特別養護老人ホーム等で保護する事業です。
ふれあいショートステイ事業
介護保険サービス適用外とされる人で、何らかの見守りが必要な高齢者を一時的に保護することで、対象者の生活の確保と介護者の介護負担の軽減を図る事業です。
災害時要援護者支援事業（防災カード）
災害時要援護者名簿に登録する個人情報の提供に同意をいただき、地域の支援者に、登録した名簿を提供することで、災害時の安否確認等、安全を確保するために必要な活動を支援します。

4. 高齢者の見守りネットワークの充実

高齢者の見守りに関して、老人クラブ連合会ではシルバーボランティアの養成が行われており、単身世帯を中心に、複数名で月1回の訪問を行っています。民生委員においても、一人暮らしの高齢者を中心に、定期的な家庭訪問が行われています。行政区によっては、独自で高齢者の見守りを行っている地区もあります。

町内の各地区で展開しているお茶の間筋トレにおいても、参加者以外の支援が必要な人の情報交換を行い、安否確認等を行っています。

町では、災害に備え、一人暮らしの高齢者に対して、救急時に的確な対応（医療・介護サービス）を図るための命のバトン事業を実施しています。災害時要援護者支援事業では、災害時における役場、民生委員、区長、避難支援者、地元消防団等による見守り体制を構築しています。また、配食サービスにおいては、安否確認の目的もあります。

今後は、高齢者が安心して暮らせる地域の見守りネットワークのさらなる充実を図るため、生活支援コーディネーターや協議体を中心となって、地域のニーズにあわせた見守り活動を検討していきます。また、地域包括支援センター、和水町社会福祉協議会、老人クラブ、民生委員等との連携強化に取り組んでいきます。

5. 高齢者が安心して生活できる地域福祉の推進

地域福祉を進めるには、制度の枠にとらわれがちな各行政施策を、地域福祉の視点（高齢者、障がい者、子ども、健康、地域の特性を踏まえること）で取り組むことにより、総合性を高めていく必要があります。

公的介護保険サービスや医療・保健分野における多職種連携によるサービスの充実を図りつつ、地域福祉の観点からは、地域住民の支え合い活動を充実させ、地域包括ケアシステムの構築を進めていきます。

第3節 高齢者の虐待防止体制の強化

高齢者虐待の相談・通報窓口、事実確認、適切な措置等については、自治体に担う責任があります。本町では、地域包括支援センターに相談窓口を設置しています。

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に対する保護、養護者の負担の軽減等養護者に対する支援などを目的としており、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、広報紙等を活用した普及・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、長時間の放置等、介護を著しく怠ること。
心理的虐待	脅しや侮辱等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. 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。

3. 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、必要な人には、成年後見制度の活用を促進していきます。



第4節 防災・防犯と感染症対策の推進

1. 防災・防犯体制の充実

行政区や自主防災組織を単位として、危険箇所や災害時要援護者を把握し、令和2年6月に策定された「和水町地域防災計画」に即して、災害発生時の支援体制を構築していきます。

また、自主防災組織の活動の推進や防災士による防災に関する知識の普及を図り、日頃から災害へ備えておくことで、地域における防災力の向上に取り組みます。

防犯活動に関しては、地域住民の交通安全意識や交通マナーの向上を図るため、警察や安全協会と連携して取り組んでいきます。また、「電話でお金詐欺」など、高齢者が犯罪の被害者とならないための意識啓発や相談体制の充実を図っていきます。

2. 災害時避難対策の強化

「和水町災害時要援護者支援事業」等を活用し、一人暮らしの高齢者や災害時に支援が必要な人の安全・安否確認を行います。

また、災害時に避難行動要支援者の避難及び安否確認、災害・防災情報の伝達が行えるよう、民生委員や老人クラブ、自主防災組織などの関係機関との連携強化に取り組みます。

さらに、特別養護老人ホームや老人保健施設などの協力のもと、災害時において介護が必要な避難行動要支援者を受け入れる福祉避難所の運用を進めていきます。

福祉避難所	
菊水圏域	三加和圏域
特別養護老人ホーム きくすい荘	特別養護老人ホーム 和楽荘
特別営利活動法人 黎明 グループホーム夢路	介護老人保健施設 清風苑

平成31年3月発行「第3期和水町地域福祉計画・第2期和水町地域福祉活動計画」より

3. 避難行動要支援者の支援

避難支援プラン（全体計画）に基づき、災害発生時に避難等が困難な高齢者等の災害時要援護者への支援が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。

今後も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、災害発生後に学校など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推進します。

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など、総合的な支援体制の確立を推進します。

4. 消費者保護の推進

近年増加している高齢者の消費者被害に対しては、相談窓口（総務課）や消費生活相談員が商品やサービスの契約トラブルなど、消費生活に関する相談を受け付け、解決に向けた支援を行っています。

消費生活センターや県・警察と連携を図り、架空請求、悪質な訪問販売、催眠商法、送り付け商法等、高齢者を狙った各種の詐欺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っており、今後も、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。

また、町民が安全に安心して暮らせる地域社会づくりを目指し、地域や関係機関、近隣市町との連携を深めながら、引き続き消費者行政の充実に取り組んでいきます。

さらに、消費者被害を未然に防止するため、民生委員やケアマネジャー等に対して、必要な情報を提供していきます。

5. 命のバトン事業の推進

一人暮らし高齢者等の救急時の的確な医療・介護の対応を図るため、緊急時の連絡先やかかりつけ医などを記載した用紙をあらかじめバトンに入れておき、その情報を救急隊員等が確認することで、万一の際の救急救命措置に役立てるものです。

今後も、一人暮らし高齢者や障がい者への事業の普及に努めていきます。

6. 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など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。

今後も町内の感染症についての状況の把握から、介護事業所などへの適切な情報提供等が行える連携体制を強化していきます。

第5章 認知症の予防と共生

（認知症になっても安心して暮らせる体制の構築）

近年の認知症有病者数の推移からも、現代において認知症は、「誰もがなりうるもの」であり、家族や身近な人が認知症になることなども含め、多くの人にとって身近なものになっています。

国では令和元年6月に「認知症施策推進大綱」が取りまとめられ、認知症の人や家族の視点に立ち、「共生」を重視しつつ、「予防」の取り組みを一層強化し、車の両輪として取り組む方向性が示されています。

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。あわせて、認知症の人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など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。町の課題として、包括支援センターと認知症初期集中支援チームとの活動に明確な境がなく、認知症初期集中支援チームとしての介入が少ない状況にあります。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あが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、支援にかか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。

また、認知症地域支援推進員は認知症高齢者支援や認知症サポーターを具体的な活動につなげる仕組みづくり等を行う中で、事業の開始や実施にかかる企画・立案・調整にも関わっていきます。

認知症初期集中支援推進事業 認知症地域支援・ケア向上事業	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
認知症地域支援推進員設置数（人）	1	1	1	1	1	1
認知症初期集中支援チーム 検討委員会開催数（回）	0	0	0	3	3	3

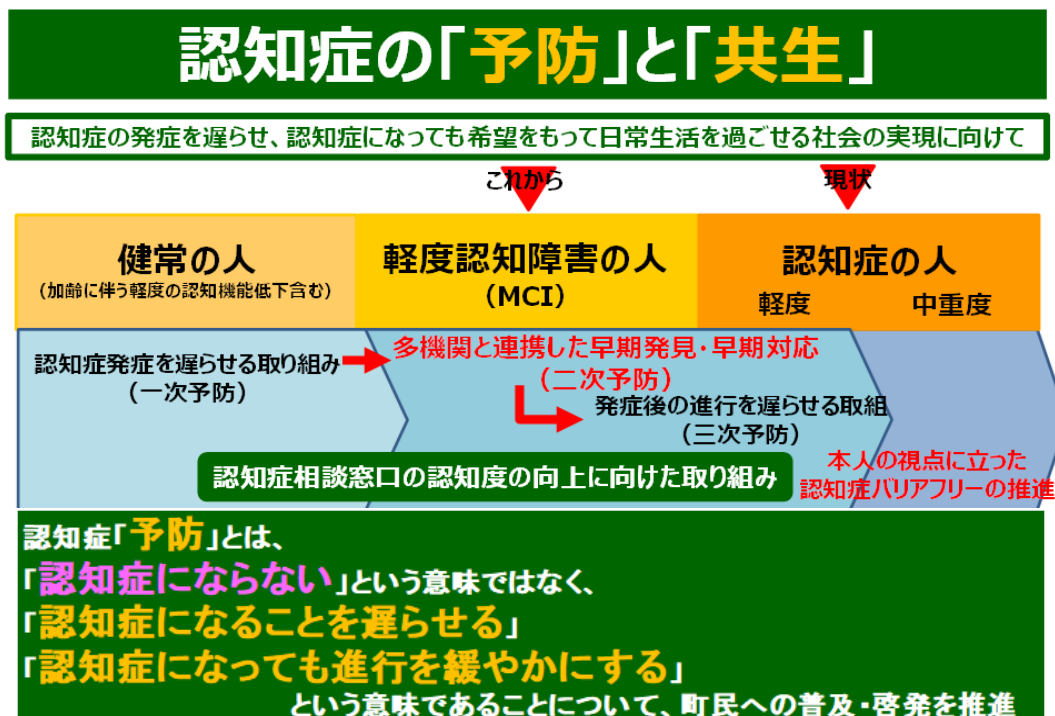
2. 早期発見・早期対応の体制の構築

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。

具体的には、毎月民生委員との定例会を実施して情報共有を図り、令和元年度に作成をした認知症ケアパスの配布による相談体制の普及、任意事業として「福祉介護相談会」の実施といった活動を行っていますが、民生委員の関わりの中でも把握や判断が難しい人への早期対応の点や、「福祉介護相談会」への参加者・相談数が少ない点は今後対策が必要となっています。

「認知症施策推進大綱」に掲げられている「普及啓発」「チームオレンジ」「通いの場の拡充」の3つの基本方針を一体的に捉えたとき、新たな取り組みとして、認知症への興味関心が高まる前期高齢者を対象に、認知症についての正しい理解や予防についての知識を普及する学びの場をつくり、修了した人には担い手になってもらい、認知症予防に向けた新たな通いの場を形成してもらう取り組みについて検討を行います。実施に際しては、その中で認知症の症状が見られた人を早期に発見し、そこがそのまま認知症の人の共生の場にもなっていく、認知症の人の居場所を認知症になる前から作っていく仕組みづくりを行っていきます。

また、高齢者の保健事業との一体的実施での専門職による地域への訪問活動等により、MCI（軽度認知障害）から軽度認知症の疑いのある人が抽出された際、その情報が認知症地域支援推進員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対応が図れるようにしていきます。



3. 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。

本町では、主なサポーター養成の対象を小中学生としており、教育分野との連携を図っていますが、今後は担い手となれる世代のサポーターを増やすため、町内企業や商工会などへの実施も検討を行っていきます。この取り組みは人材の面だけでなく、認知症や介護離職に対する理解を広める意味でも重要となります。

また、住民主体の通いの場のリーダーへの認知症サポーター養成講座の受講の働きかけを行い、幅広い活躍が行えるような取り組みも進めていきます。

さらに、認知症サポーター養成講座の講師となるキャラバンメイト養成講座を行う取り組みなどを推進し、養成講座の担い手の養成も進めていきます。

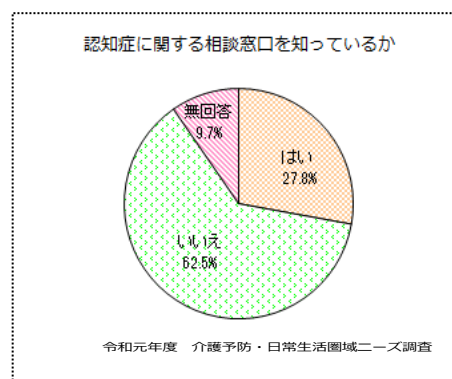
認知症サポーター養成事業	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
認知症サポーター養成講座開催数(人)	6	6	6	10	10	10
<当該年度> 認知症サポーター養成数(人)	125	137	147	140	140	140
<累計> 認知症サポーター養成数(人)	2,139	2,276	2,421	2561	2,701	2,841

4. 住民への普及啓発の拡充（認知症相談窓口の認知度の向上）

令和2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」と答えた人が27.8%、「知らない」と答えた人が62.5%でした。

本町では、令和元年度に認知症ケアパスを作成し、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、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
	R2	R5
認知症相談窓口の認知度(%)	27.8%	40%



5. 認知症カフェとチームオレンジの設置に向けた取り組みの推進

認知症になると、本人の気力の低下や、家族の徘徊や事故などへの不安から、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、令和2年時点で認知症カフェが未設置となっておりますので、希望があがっている施設への設置を含めた幅広い検討を進め、気軽に立ち寄れる集いの場としての運営方法も検討したうえで早期の設置を目指します。

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かかわることができる仕組みを構築し、認知症地域支援推進員や認知症サポーターがいる中で、認知症の人の意思決定に基づく本人支援（チームオレンジ）の実現に向けた取り組みを推進します。

認知症地域支援・ケア向上事業	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
認知症カフェ設置数（箇所）	1	0	0	1	1	1

6. 見守りネットワークの推進

認知症の増加に伴い、本町では警察への通報から町への情報提供というケースも増えてきております。このため、駐在所との定期的な情報共有の場も設けていき、早期に密な支援体制が作れるよう検討していきます。

また今後も、民生委員、区長、商店街、をはじめとする関係機関との連携強化を図っていきます。

7. 認知症における医療・介護の連携強化

本町ではこれまでも認知症の症状の変化に応じて適切なサービスが提供されるよう、認知症疾患医療センターとの連携を強化してきました。

また本町では、年に4回、有明地域包括支援センター連絡協議会と認知症疾患医療センターが共催する事例検討会及び研修会を行っています。参加者は、医師、ケアマネジャー、社会福祉士、精神保健福祉士、臨床心理士、作業療法士、理学療法士、保健師、介護（相談員）、MSW（医療ソーシャルワーカー）、包括、行政、救命士、警察、生活支援コーディネーター、医師、看護師等、さまざまな専門職が参加し、顔の見える関係ができあがることで、その後の連携が生まれています。

今後は、地域ケア会議等においても、認知症疾患医療センターの地域連携担当者等の参画を図るなど、認知症に関する医療と介護の連携をさらに強化していきます。

8. 成年後見制度の利用促進に向けた取り組みの推進

加齢や心身の障がい等により判断能力が低下した人も地域の中で尊厳ある生活を営めるよう、今後も、成年後見制度の窓口における相談対応、制度説明の充実に取り組んでいきます。また、成年後見制度の一層の活用を図るため、関係機関との連携強化と制度に関する周知・啓発に取り組みます。また、後見人の育成を図るための養成講座の開催等については、町と社会福祉協議会が連携して検討を進めていきます。

権利擁護支援の必要な人の発見にあたっては、民生委員協議会、介護事業所等の各種団体との連携も図りながら、発見した場合には、速やかに必要な支援に結び付けていきます。

今後は、成年後見制度の利用促進のため、令和3年度を目途として地域連携ネットワークの中核機関の立ち上げを行うことを目指し、関係機関と協議を進めていきます。

ネットワークの役割	・権利擁護支援の必要な人の発見・支援 ・早期の段階からの相談・対応体制の整備 ・意思決定支援・身上保護を重視した成年後見制度利用の運用に資する支援体制の構築
中核機関の役割	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、コーディネートを担当機関 (1) 広報・啓発の強化 (2) 相談機能の強化 (3) 成年後見制度の利用促進 (4) 成年後見人等への支援

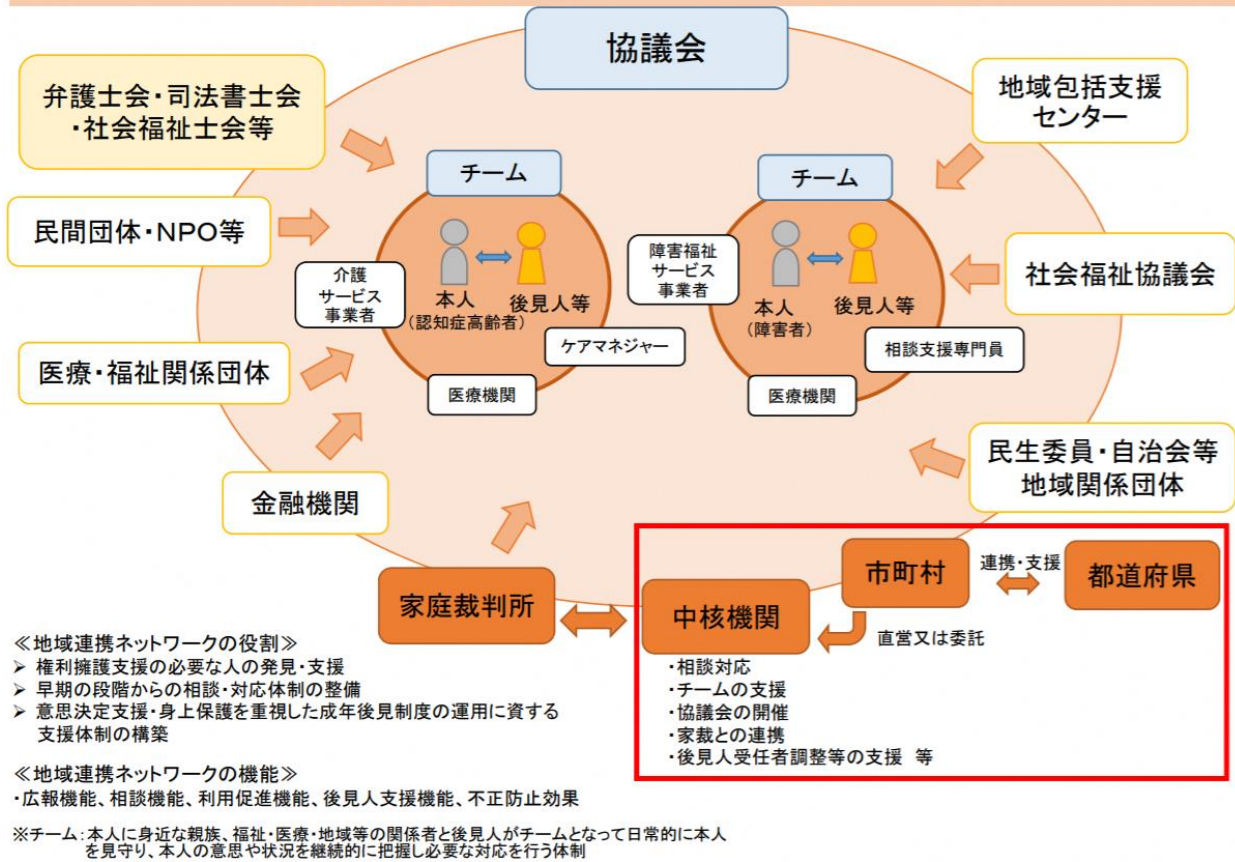
成年後見制度利用支援事業	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
相談件数(件)	0	1	1	1	1	1
町長申立件数(件)	0	0	0	1	1	1

(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	補助	保佐	後見
		判断能力が不十分 軽度認定者	判断能力が著しく不十分 中等度認知症	ほとんど判断できない 高度認知症
相談先	地域包括支援センター			
	社会福祉協議会	公証人役場	家庭裁判所	申立できる人 ○本人・配偶者・4親等以内の親族等 ○身寄りのない人・親族が拒否した場合は市町村長

【成年後見制度の地域連携ネットワークのイメージ】

地域連携ネットワークのイメージ



9. 家族に対する支援の推進

認知症の人の介護者への支援を行うことは、認知症の人の生活の質の改善にもつながります。認知症カフェを早期に設置し、ニーズを把握しながら、家族等介護者の精神的・身体的な負担の軽減や、生活と介護の両立を支援する取り組みを検討していきます。

また本町では「認知症家族のつどい」を実施してきましたが、参加者が少ない状況がありましたので、名称からの参加のしづらさなどを検討し、令和元年度より「福祉介護相談会」として、福祉用具の展示などとあわせて相談会を行っています。現状では参加者の大きな増加にはつながっていませんので、今後さらに開催方法については協議を行っていく必要があります。

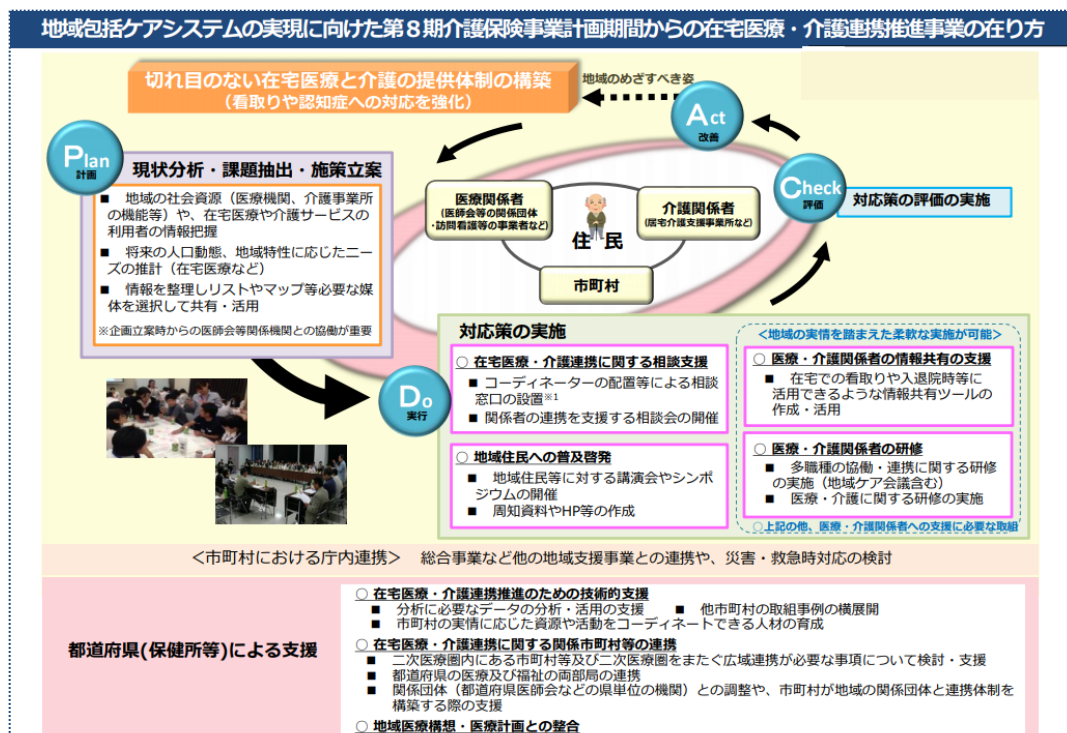
家族介護支援事業	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
福祉介護相談会(認知症家族のつどい) 開催回数(回)	4	2	2	4	4	4

第6章 医療と介護をはじめとした地域の多職種連携体制の構築

第1節 在宅医療・介護連携の推進

近年、医療ニーズと介護ニーズをあわせ持つ高齢者は増加し、病院などからの退院時の支援や、症状や状態に応じた適切な医療・介護サービスに関する需要が高まっています。要介護状態になっても地域の中で生活していくためには、多職種連携によるチームケアによって、在宅医療と介護が一体的に提供されることが重要となります。

有明圏域の1市4町では、在宅医療・介護連携推進事業を玉名郡市医師会医に委託することで、医療・介護の提供体制のあるべき姿（目標）を関係機関で共有し、多職種連携による統合的なサービス提供による在宅生活の支援に取り組んでいます。



厚労省資料

1. 在宅医療・介護連携推進事業の展開

国の示す在宅医療・介護連携推進事業の8項目については、玉名郡市医師会との連携強化により、医療と介護の連携に関する課題を整理し、情報共有や相談支援等の事業を実施しています。

事業	内容
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	たまな在宅ネットワークのホームページで、地域の医療機関の分布、医療機能に関する情報の集約を行っていきます。
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	たまな在宅ネットワーク定例会（月1回）や会議（3ヶ月毎）にて地域の課題を抽出し、対策方針の決定と進捗状況の確認を行っていきます。また、地域ケア会議にコーディネーターが参画することで、在宅医療・介護連携の課題の把握を行います。
(ウ) 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	地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が提供される体制構築のために必要な取り組みを検討し、地域における連携・協働の体制づくりや個々のケアマネジャーに対する支援等を行います。
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	たまな在宅ネットワーク登録システムを活用し、地域の医療・介護関係者間の情報共有を図ります。また、訪問診療対象者に対して、システムの登録を呼びかけていきます。
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	地域の在宅医療と介護の関係者に対して相談窓口を設置し、相談の受付、連携調整、情報提供等を行います。
(カ) 医療・介護関係者の研修	たまな在宅ネットワークや地域各種団体が開催する研修会等の情報を集約し、広報を行います。
(キ) 地域住民への普及・啓発	地域住民の在宅医療・介護連携の理解の促進を図ります。
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市町の連携	玉名在宅医療連携協議会や関係市町、県との定期会議を開催し、広域連携が必要な事項について協議していきます。

2. 多職種連携体制の構築

圏域内の市町と玉名郡市医師会で協働して在宅医療・介護連携推進事業に取り組み、たまな在宅ネットワーク関連の活動を促進することで、医療と介護における多職種連携の体制を推進していきます。

また、一般介護予防事業の地域リハビリテーション活動支援事業において、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を推進します。

在宅医療・介護連携推進事業	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
多職種連携研修会(広域)開催回数(回)	38	25	20	25	25	25

3. 住民への普及・啓発の拡充

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。

地域住民の在宅医療・在宅介護に関する関心を高めるための啓発方法について、「地域住民への普及啓発事業」において、有明圏域の1市4町による取り組みを検討していきます。

また、あらゆる機会を通じて、在宅医療と在宅介護の普及に取り組んでいきます。

4. 「くまもとメディカルネットワーク」を活用した在宅医療と介護の促進

医療と介護連携を推進するにあたっては、ICT（情報通信技術）の活用が有効です。熊本県においては、熊本県医師会をはじめ、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び、診療情報等の迅速な共有や、医療と介護の切れ目のない連携を図ることを目的として、「くまもとメディカルネットワーク」が平成27年12月から開始されています。病院、診療所、薬局、介護関係施設には、ICTを活用することで、水害時には紙情報の消失を防ぐことができ、その他災害時には迅速な情報共有を行うことができます。

また、住民が「くまもとメディカルネットワーク」へ登録することで、緊急搬送や災害時にかかりつけ医に通えない際の自身の健康情報を共有することができ、通常のとりの診察・薬の処方を受けることができるメリットがあります。

「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、同システムとたまな在宅ネットワーク登録システムの普及・拡大に向けて、地域住民に対する周知に取り組みます。

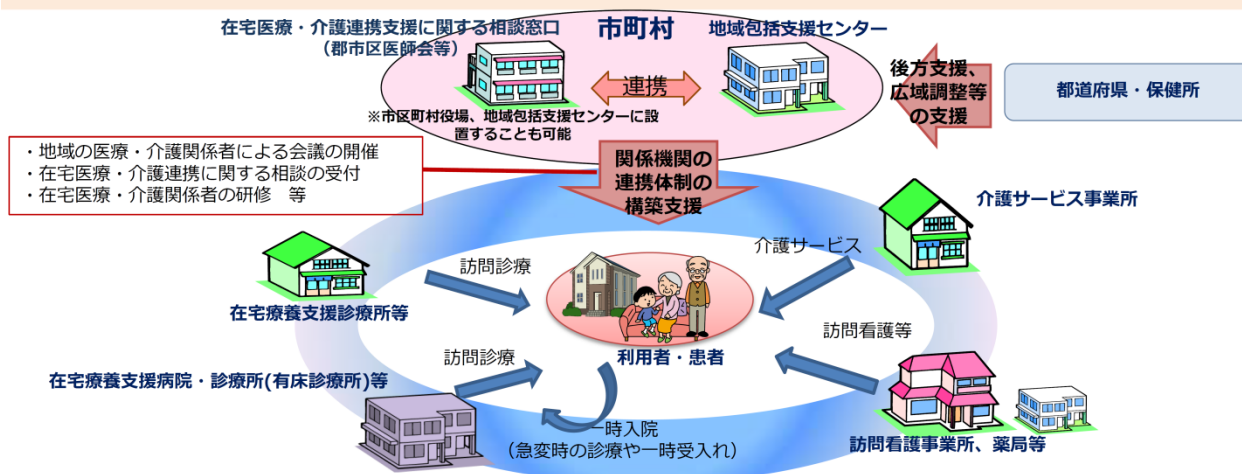
在宅医療・介護連携の推進

- 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。



【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7章 多様な介護人材の確保・定着や介護サービスの質の向上

第1節 介護人材の確保や介護サービスの質の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人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。あわせて、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人を適切に認定したうえで、真に必要な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など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など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など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など、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などを支援します。

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。

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、ケアマネジャーの資質・専門性の向上等、公正・中立の確保の観点から随時見直しを行っていきます。

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

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人が、必要な時にいつでも利用できる環境づくりのため、今後も供給体制を確保するとともに、サービスの質の向上に取り組んでいきます。

4. 情報提供体制の充実

介護保険制度の仕組みや介護保険サービスが町民に理解されるよう、町のホームページや広報紙の活用、地域で開催する集会などの機会を通じて、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ケアマネジャーと積極的にかかわることで、高齢者のニーズを把握し、高齢者の自立支援に向けたケアマネジメントに対する理解を高めていきます。

第2節 介護給付の適正化に向けた取り組みの強化

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の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、適切なサービスの確保とその結果としての費用の効率化を通じて、介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築を図るものです。

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、国が定める指標と、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）を参考にし、本町では適正化の主要の5事業について、すべてを確実に実施できるよう体制の構築を行っていきます。

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、有明圏域における合同研修会を活用し、公平・公正かつ適切な認定調査を実施していくために必要な知識、技能の修得及び向上を図っていきます。

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		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
認定調査の点検率（％）	100	100	100	100	100	100
e-ラーニングシステムの登録率（％）	100	100	100	100	100	100
認定調査員研修会参加回数（回）	1	1	1	1	1	1

なお、本町における要介護認定に係る認定調査員については、令和2年時点で不足は見られておらず、今後も現状の体制の維持を図るとともに、遠方への調査員派遣の増加等が生じた際には、必要に応じて計画的な整備を検討していきます。

2. ケアプランの点検

ケアプランの点検は、介護支援専門員（ケアマネジャー）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相談員とともに検証・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おり、保険者職員と介護支援専門相談員等点検にかかわる人の相互の気づきの場になるような配慮が求められます。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、ケアプランの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。

本町においては、令和2年度より点検実施体制の見直し（委託による点検）を行っており、国・県の定める指標に沿った点検を実施しています。

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		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
課題整理総括表を活用した ケアプランの点検率（%）	2.7	5.4	5	5	5	5
地域ケア会議等を活用した多諸種に よるケアプランの点検月数（月）	12	11	12	12	12	12
高齢者向け住まい入居者の ケアプランの点検率（%）	0.3	0.3	0.3	1	1	1

3. 住宅改修等の点検

住宅改修の点検は、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あわ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、施工前の書面（支給申請書、工事見積書、改修箇所写真等）での点検を確実にこなしています。また、住宅改修については、有明圏域地域リハビリテーション広域支援センターのリハビリテーション専門職の訪問による点検も実施をしており、地域ケア会議の構成員としての関与も含めて体制づくりを行っています。

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		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
住宅改修の施工前点検率（回）	100	100	100	100	100	100
リハ専門職による 住宅改修の施工前点検率（%）	0	3	10	10	10	10
軽度者の福祉用具貸与点検率（%）	100	100	100	100	100	100
リハ専門職による 福祉用具貸与点検率（%）	3.4	5.7	10	10	10	10

4. 縦覧点検・医療情報との突合

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

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

また縦覧点検では、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。

縦覧点検・医療情報との突合	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
縦覧点検の実施月数（月）	0	5	5	12	12	12
医療情報との突合の実施月数（月）	0	5	5	12	12	12

5. 介護給付費の通知

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。

介護給付費通知	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
通知発送回数（回）	0	0	0	1	1	1

第8章 安定した介護保険制度の運営

1. 介護給付費等対象サービスの見込みと確保策

介護保険サービスについては、令和7年（2025年）を見据えた介護保険事業計画の策定（地域包括ケア計画、中長期的な推計）に対応した視点を持ちつつ、保険者として持続的な事業運営を図るとともに、被保険者個々の保険料負担の上に成立している制度として、公平で質の高いサービスを提供するための取り組みが求められています。

本章では、これまでの給付実績や町の現状、将来予測に関する各種のデータを用いて行った、第8期計画における介護保険サービスの事業量・事業費の推計とその確保策について示しています。

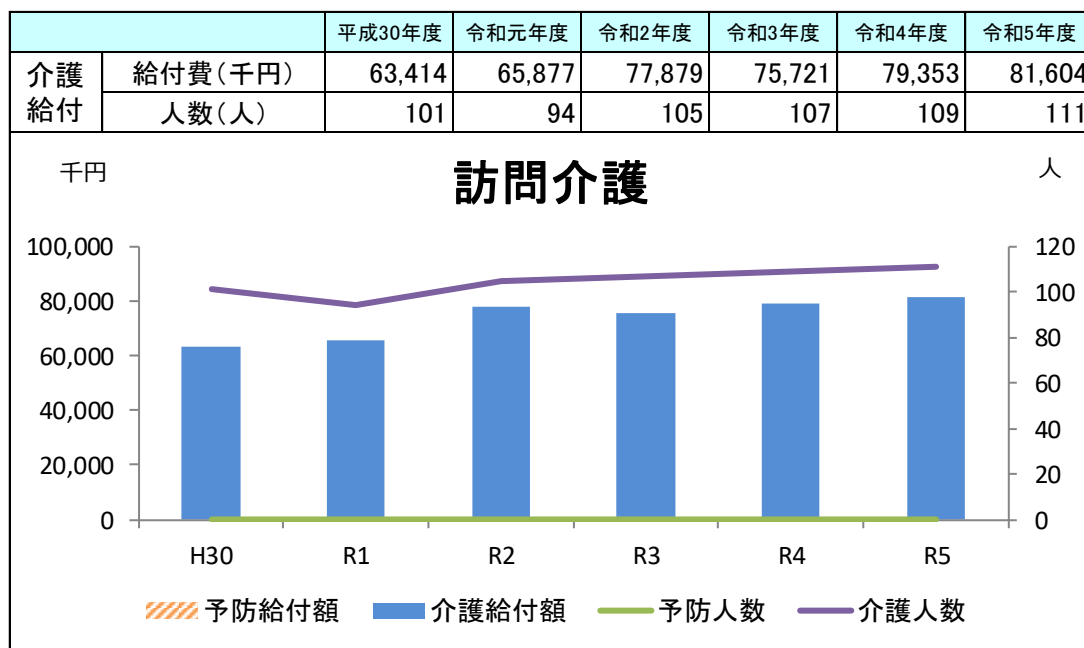
なお、ここで使用している介護保険サービスの事業量・事業費に関する各種データは、国が示した「地域包括ケア見える化システム」を用いて算出しています。そのため、各サービスにおける年度ごとの実績・見込みについては「地域包括ケア見える化システム」の表記にならい、給付費は年額で、利用人数はひと月あたりで表記されています。

また、介護予防・日常生活支援総合事業の開始に伴い、介護予防訪問介護サービスと介護予防通所介護サービスの当該年度の見込みについては、介護保険事業費ではなく地域支援事業費に見込んでいます。

（1）在宅サービス

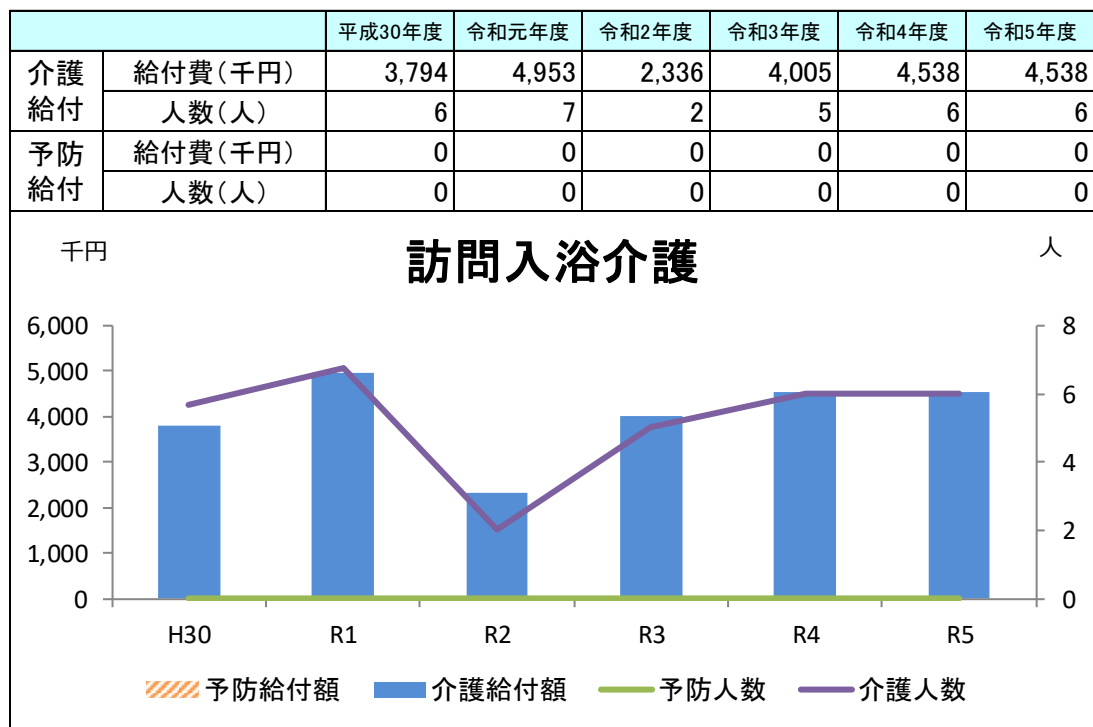
■訪問介護・介護予防訪問介護（ホームヘルプ）

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



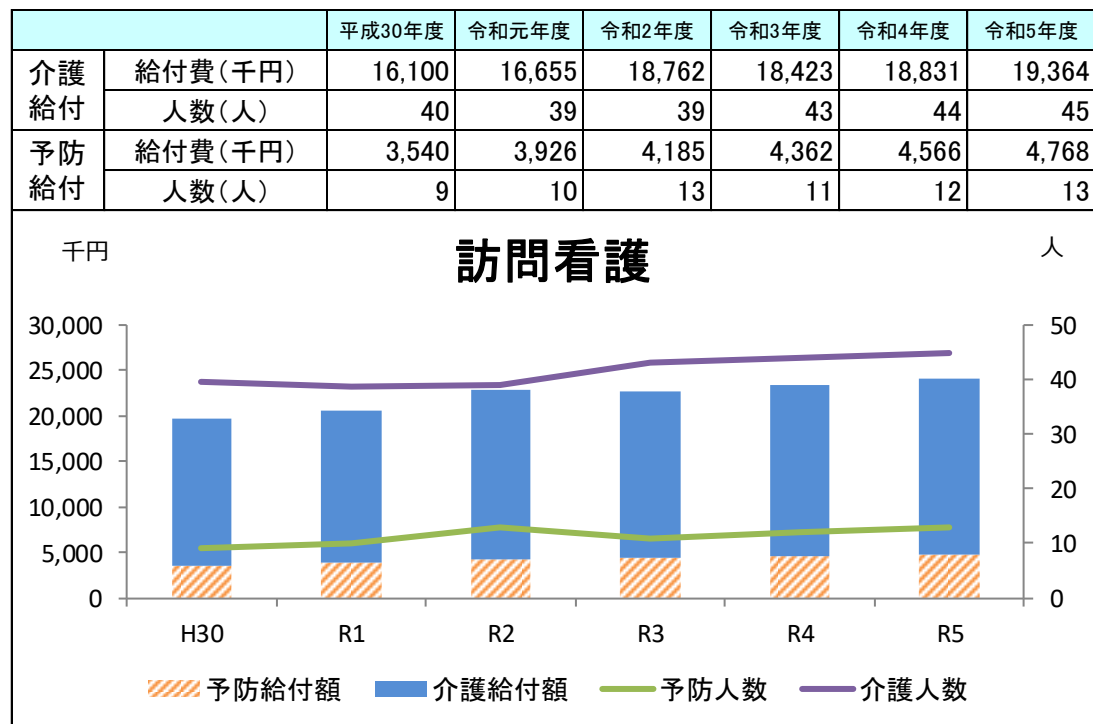
■訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

浴槽を積んだ入浴車等で自宅を訪問して、入浴の介助を行います。



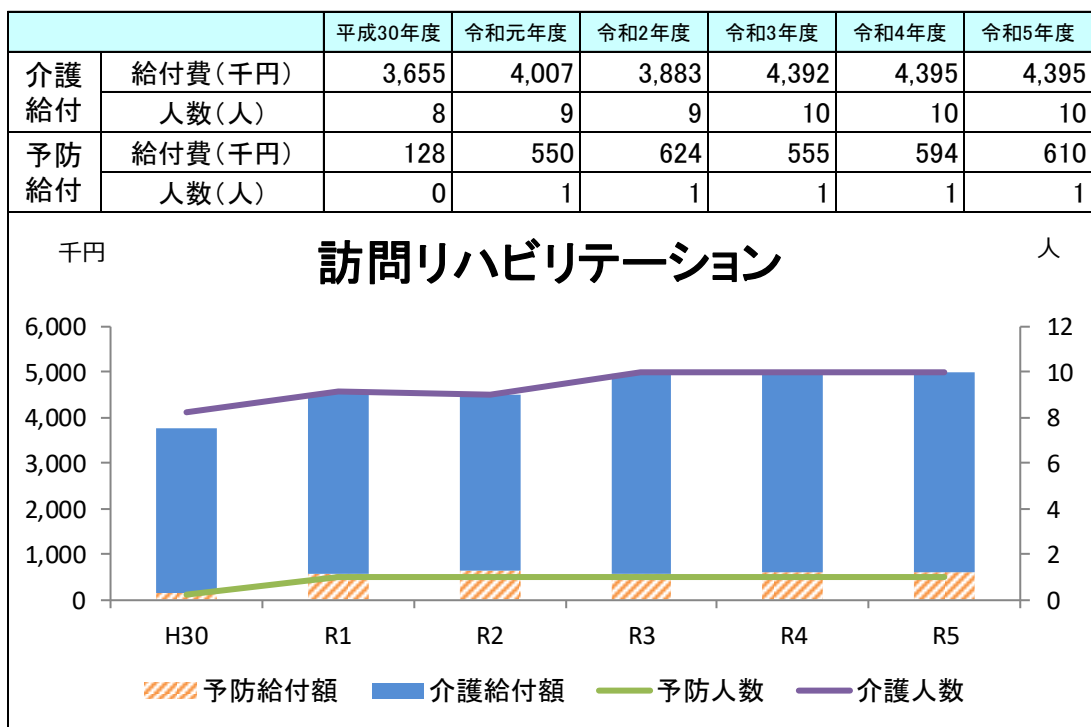
■訪問看護・介護予防訪問看護

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



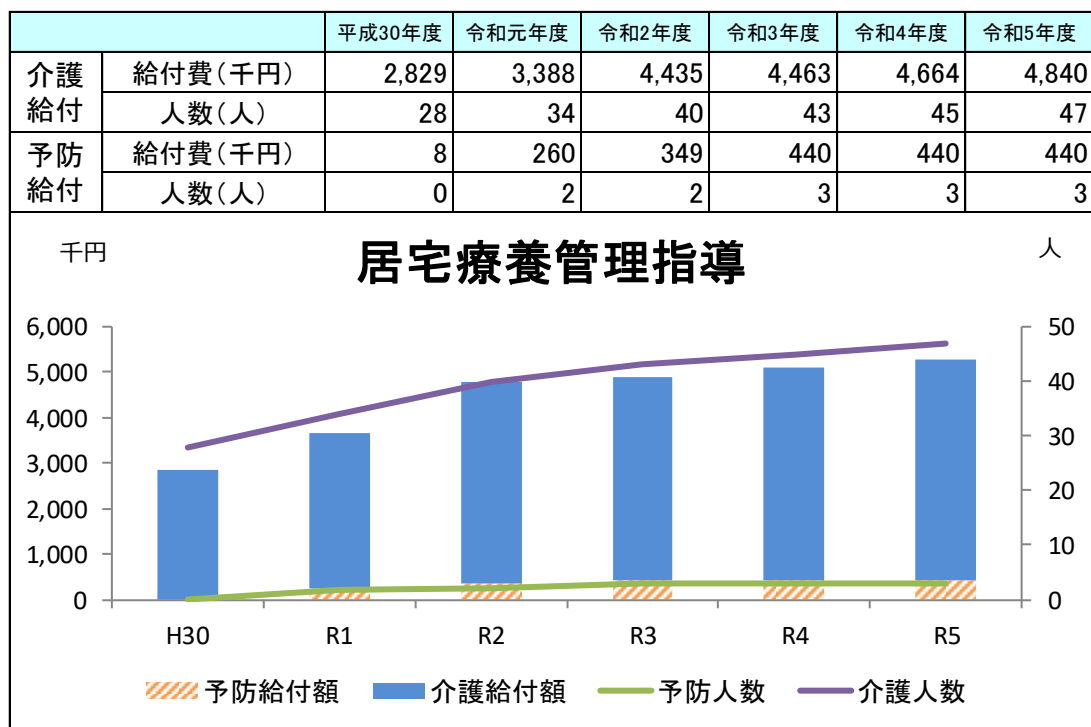
■訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

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



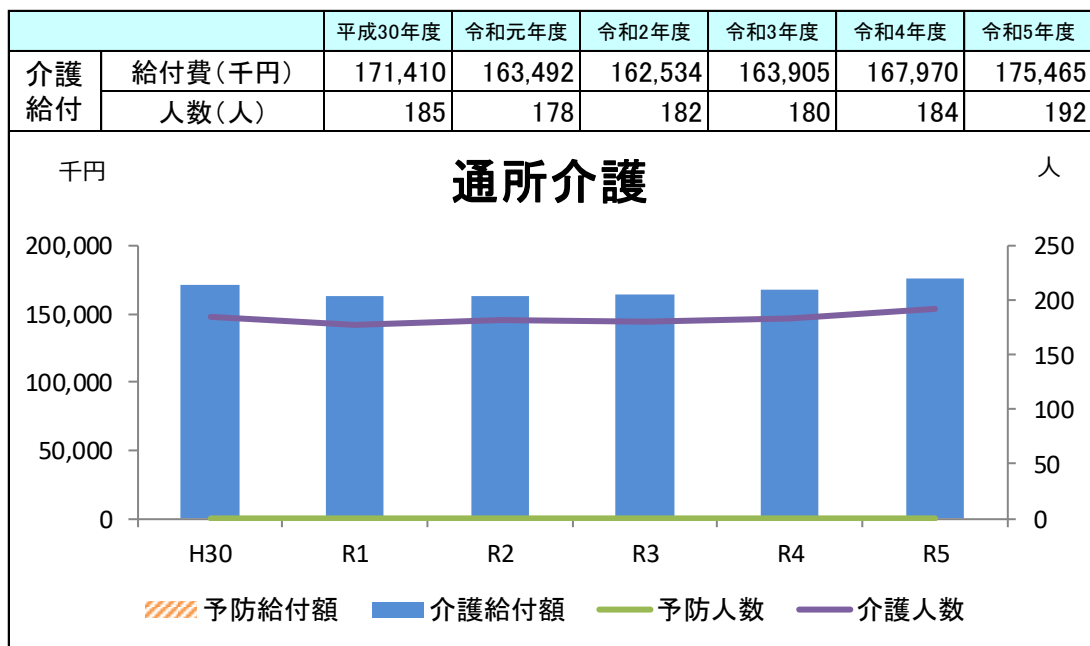
■居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

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



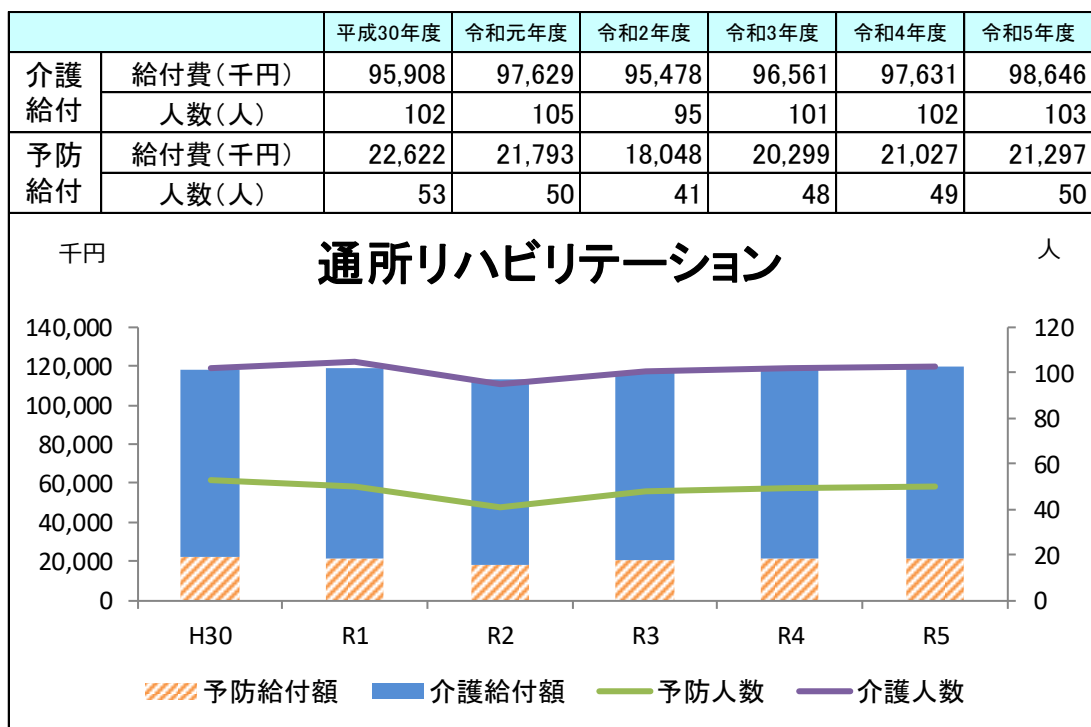
■通所介護・介護予防通所介護（デイサービス）

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



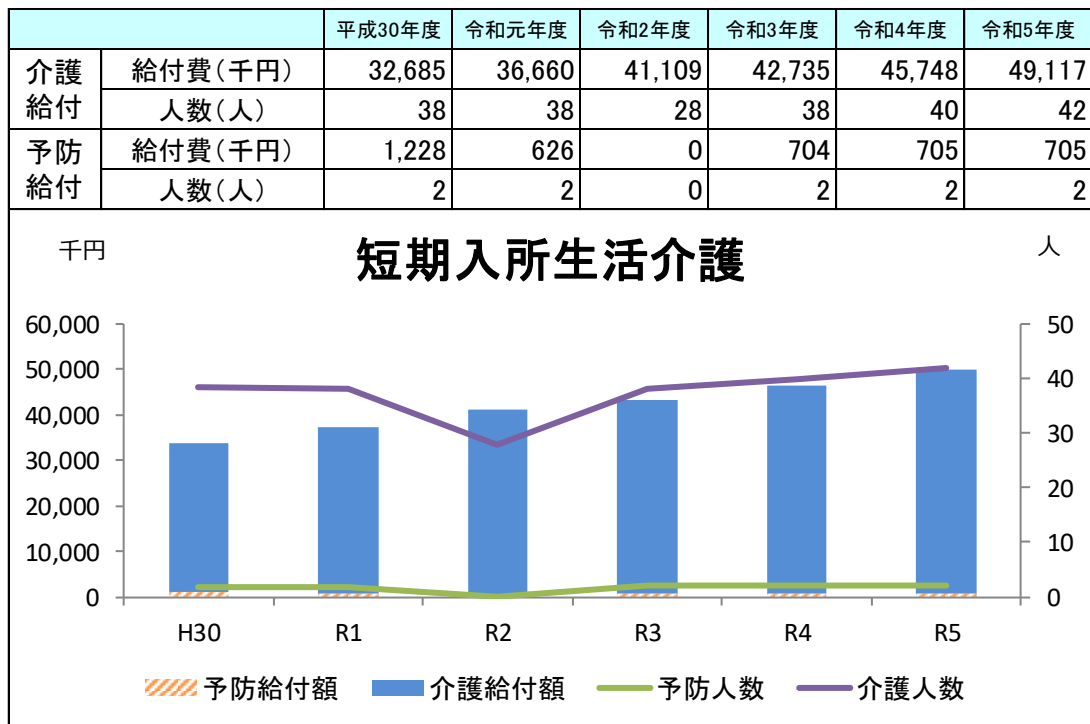
■通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション（デイケア）

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



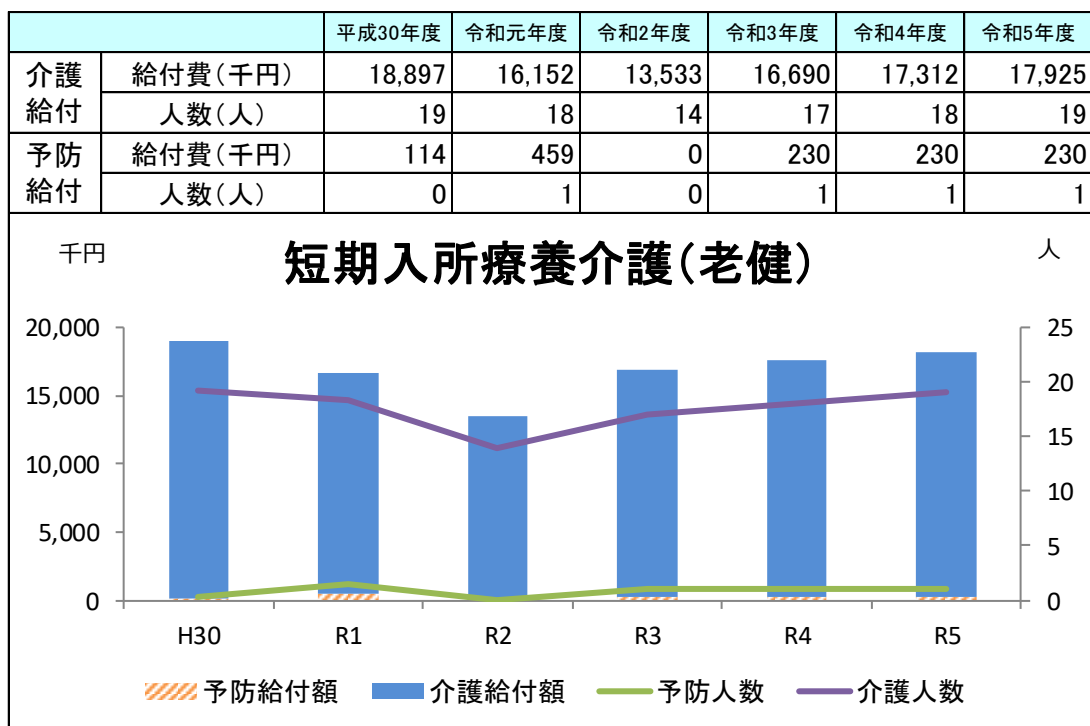
■ 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）

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



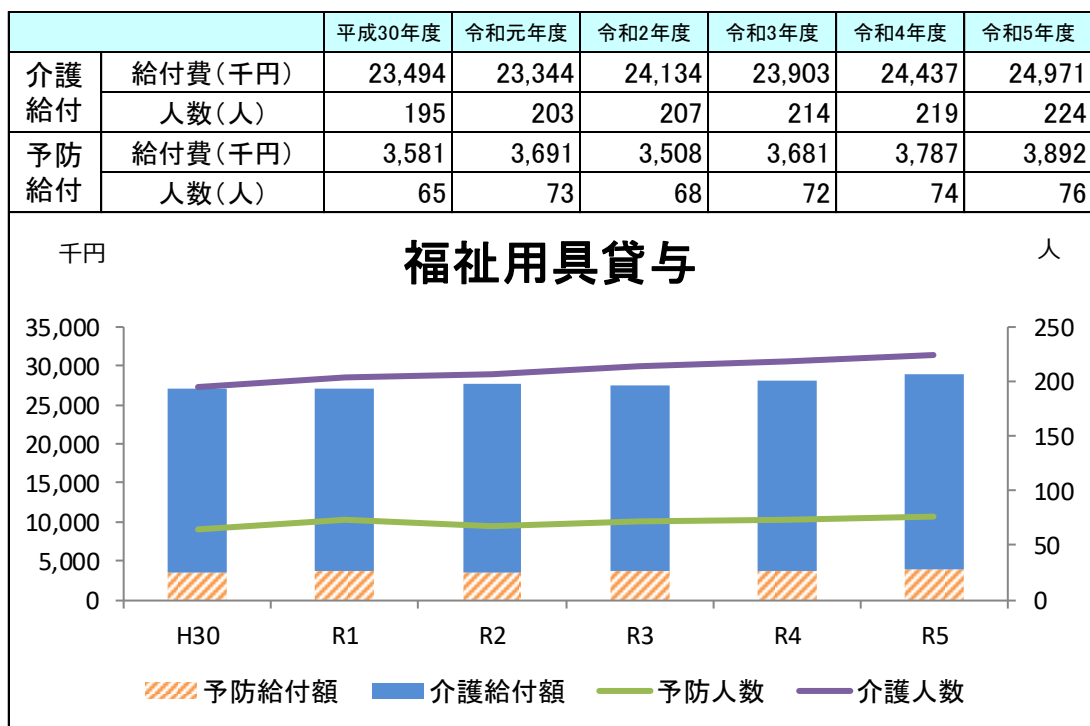
■ 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（老健）

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



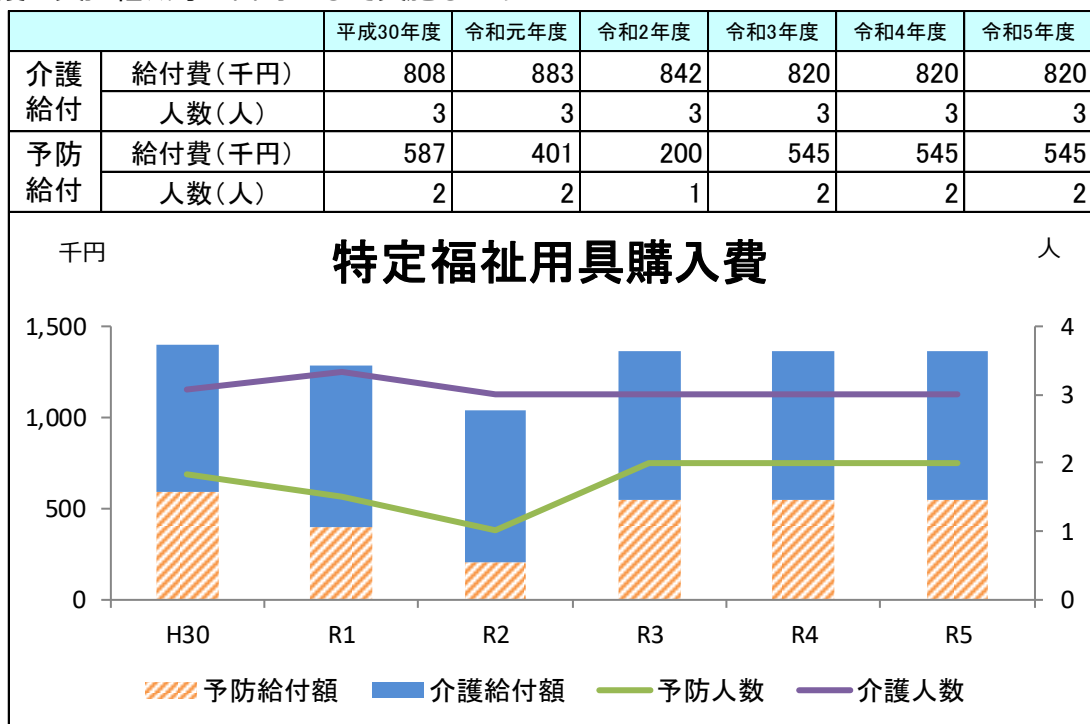
■福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

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



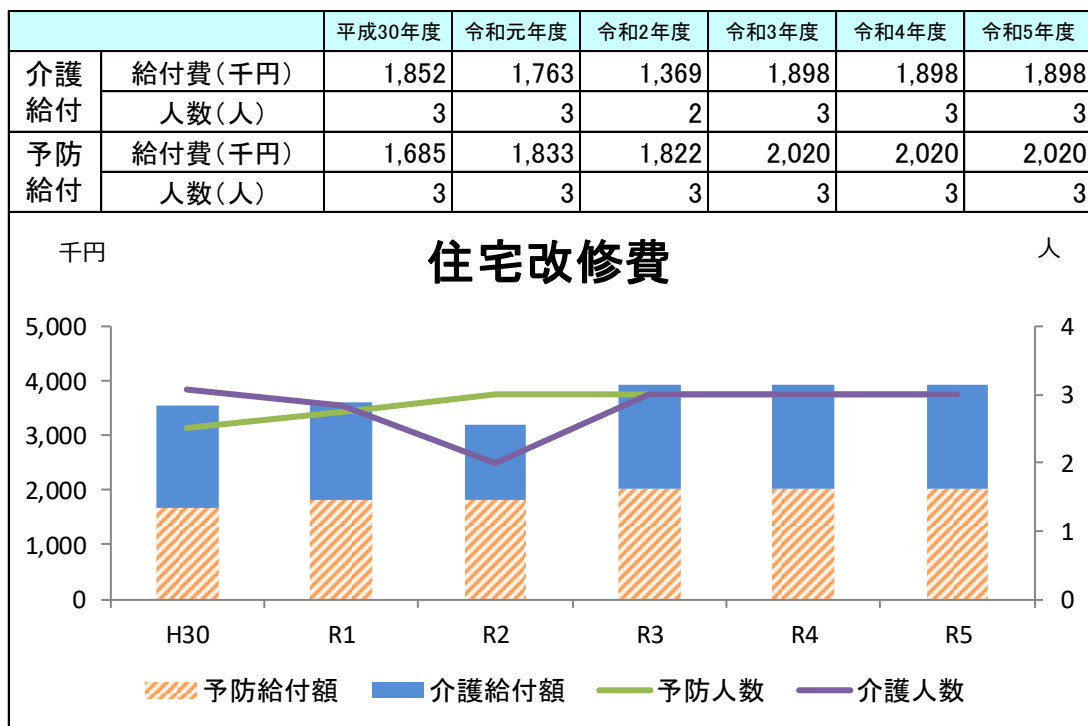
■特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売

在宅生活に支障がないよう、入浴や排泄に用いる福祉用具を利用し日常生活上の便宜を図り、家族の介護の負担軽減等を目的として実施します。



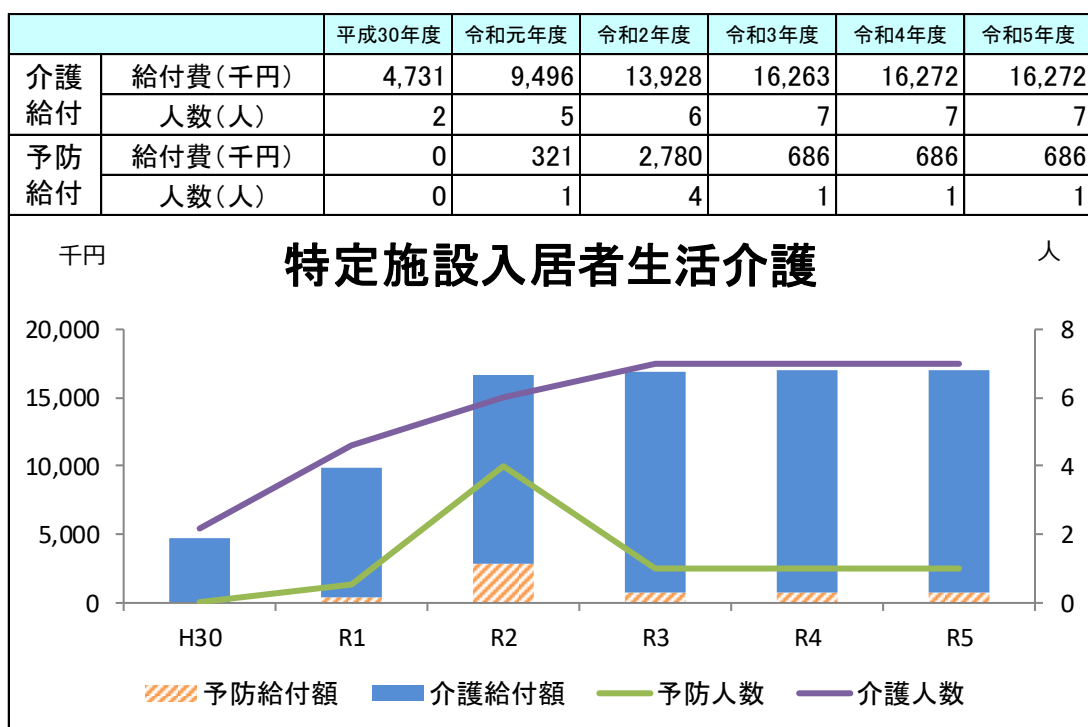
■住宅改修

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



■特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

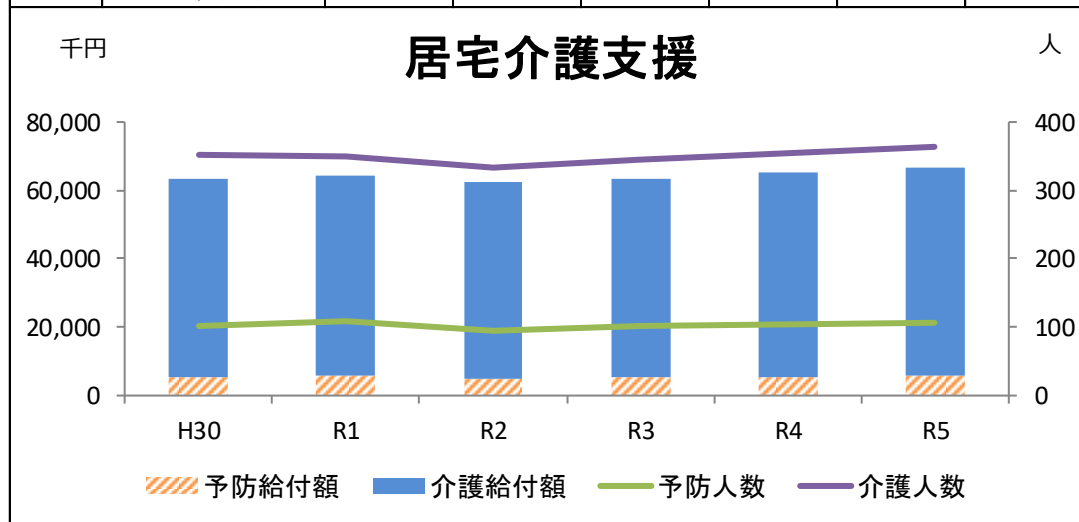
有料老人ホーム等で、入浴・排泄・食事、その他日常生活上の世話や機能訓練を行います。



■居宅介護支援・介護予防支援

「居宅介護支援（介護予防支援）」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）を作成します。

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	57,806	58,750	57,239	58,144	59,805	61,238
	人数(人)	352	349	334	346	355	363
予防 給付	給付費(千円)	5,343	5,713	4,974	5,334	5,443	5,549
	人数(人)	102	108	95	101	103	105

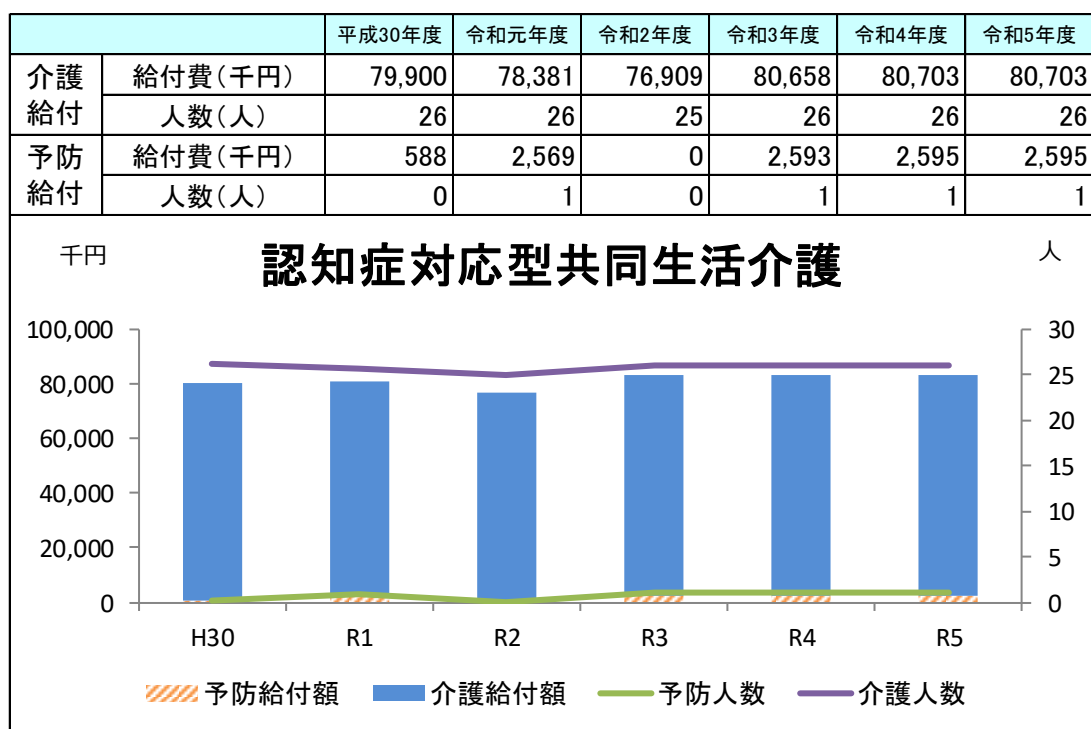


（２）地域密着型サービス

地域密着型サービスについては、高齢者が要介護（要支援）状態となっても、できる限り住み慣れた地域での生活を継続できるようにするため、日常生活圏域を基本的な枠組みとして、サービス事業者の指定をすることになります。

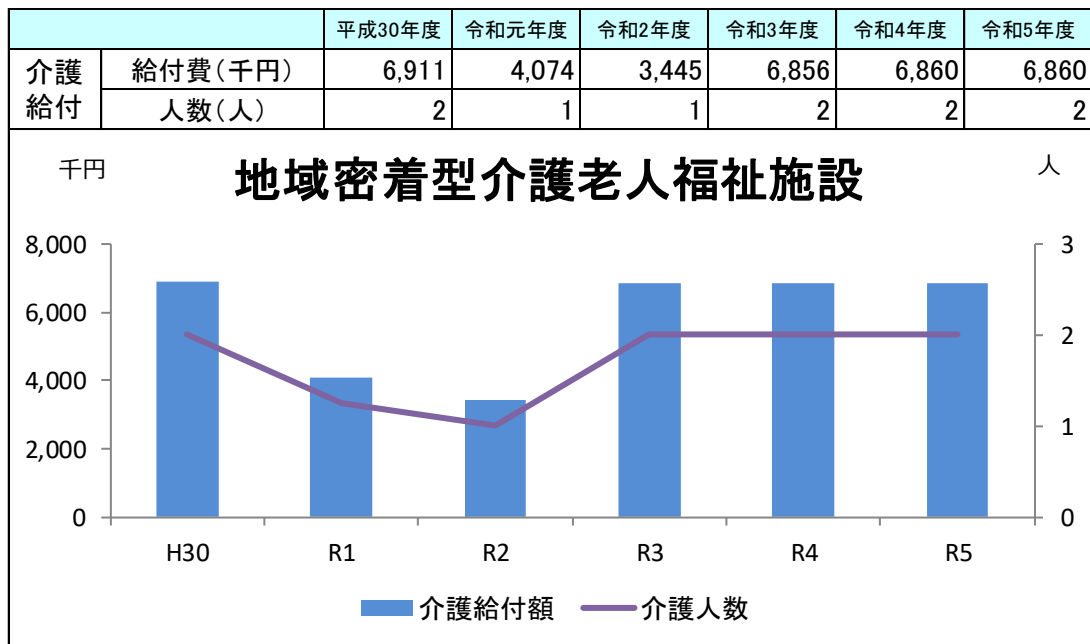
■ 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

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



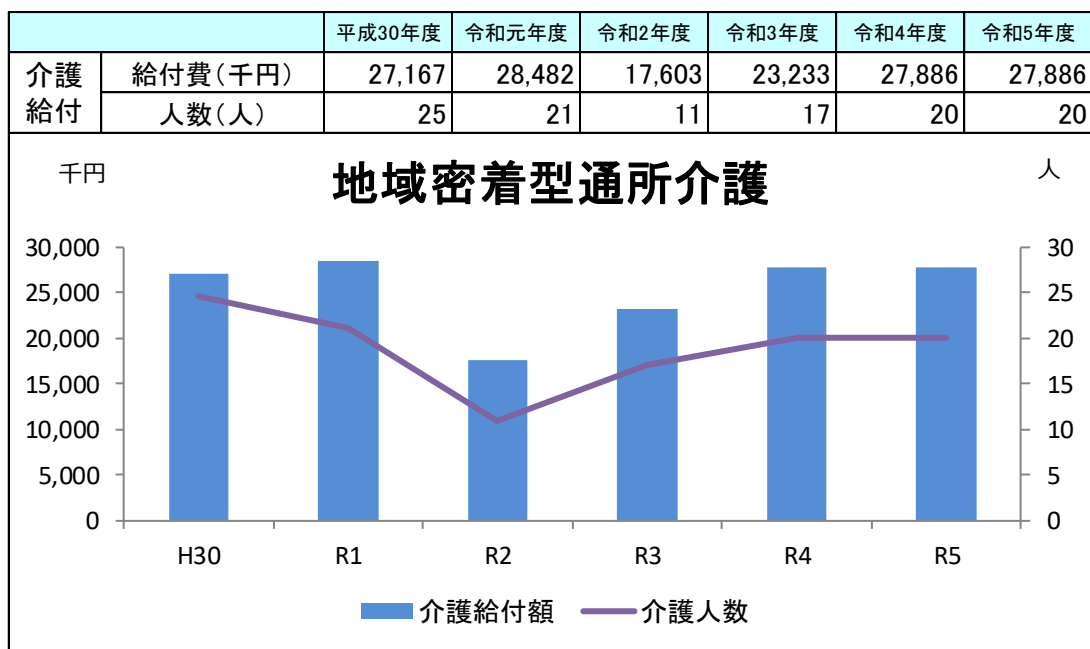
■地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

定員 29 人までの小規模な介護老人福祉施設で、入浴・排泄・食事等の介護や日常生活上のお世話、機能訓練を行うサービスです。



■地域密着型通所介護

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



(3) 施設サービス

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

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

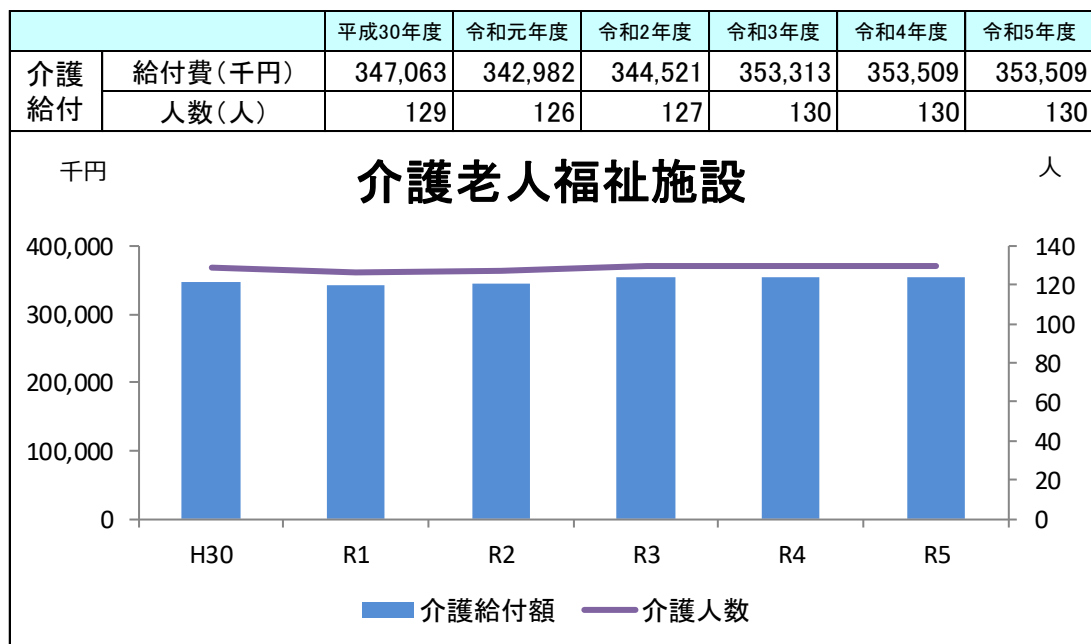
そのため、施設入所者の対応については、国の指針等に基づき、公平公正な判定を行うとともに、既存の施設利用者の重度者への重度化予防にも、引き続き取り組んでいきます。

なお、平成30年4月に「介護医療院」が創設されるとともに、介護療養型医療施設に関する経過措置の期限は令和6年3月末まで延長されており、介護療養型医療施設についてはこの期間内に介護医療院等の施設への移行が必要になります。

しかし、医療ニーズの高い中重度要介護の増大や慢性疾患、認知症を有する高齢者の増加が見込まれる中で、介護療養型医療施設が担う、要介護高齢者の看取りやターミナルケアを中心とした長期療養といった機能が今後ますます重要となると考えられることから、介護療養型医療施設の転換に伴う、施設サービス量の見込みについては、国の動向を踏まえ柔軟な対応を行うこととします。

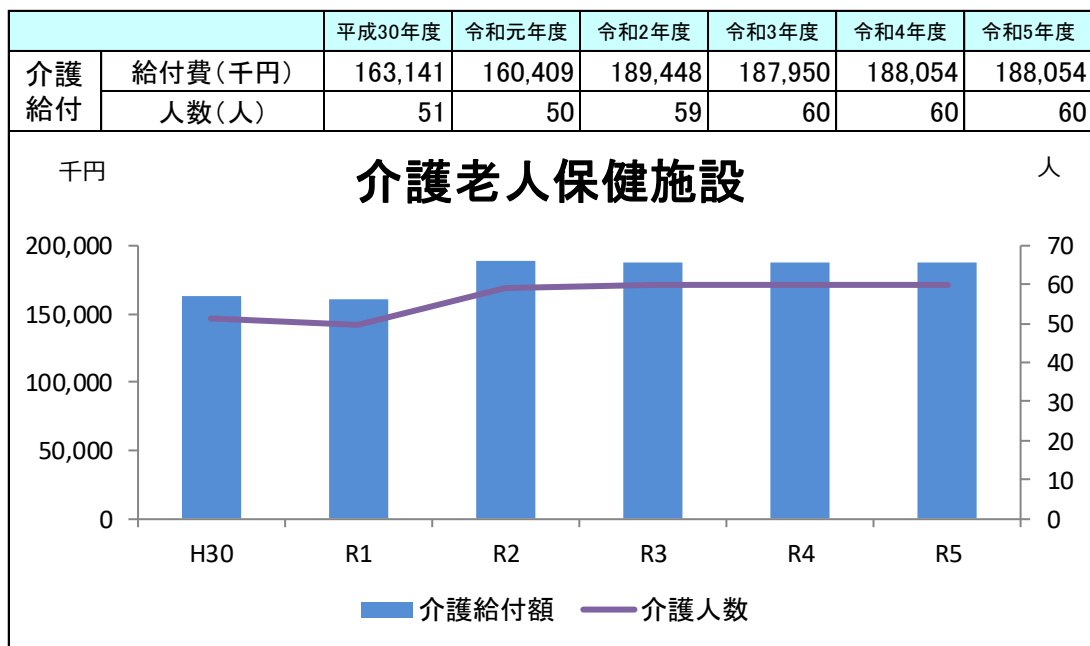
■介護老人福祉施設

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・排泄等の介助、機能訓練、健康管理等を行う施設サービスです。



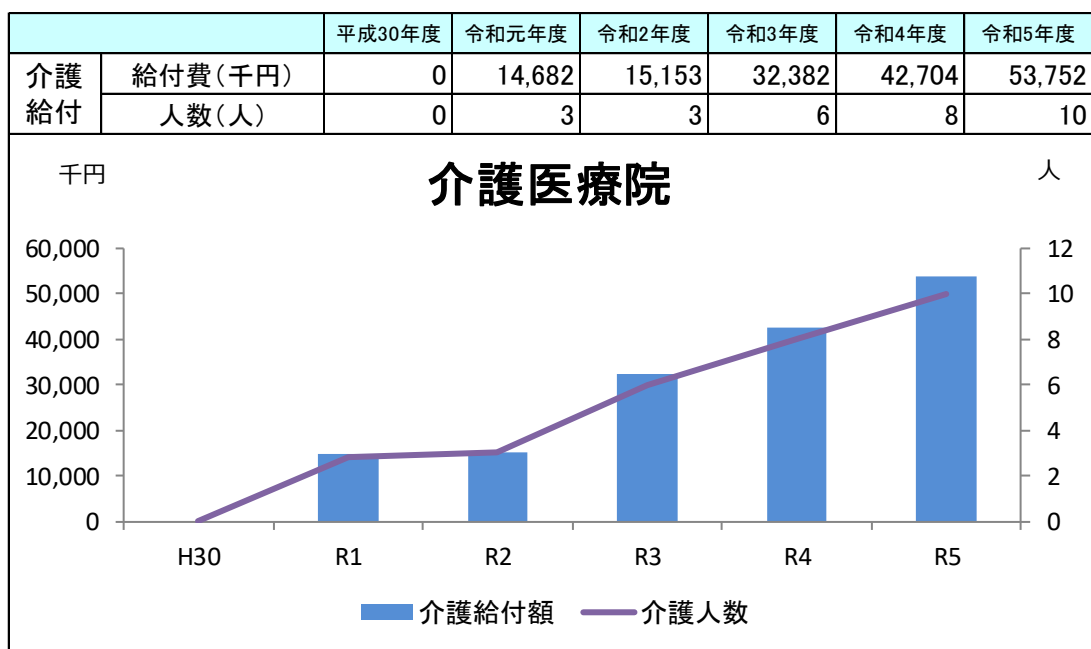
■介護老人保健施設

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、医学的な管理のもとでの介護、機能訓練、日常生活の介助等を行う施設サービスです。



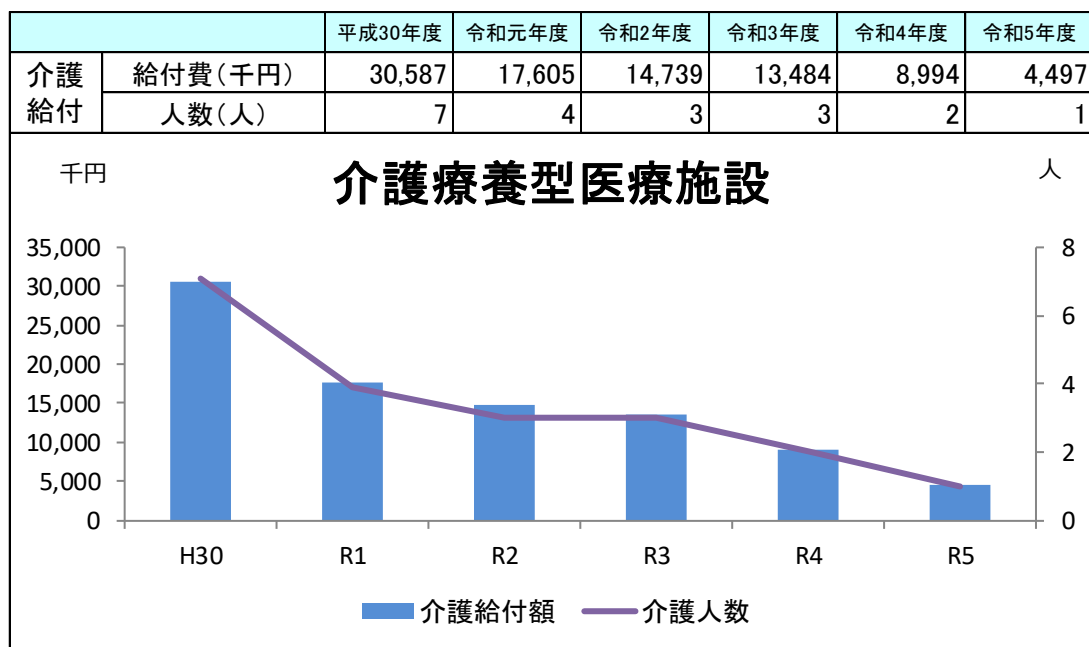
■介護医療院

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



■介護療養型医療施設

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、看護等を行う施設サービスです。



2. 介護保険サービスの基盤整備

本町の高齢者人口は既にピークを越え減少していく見込みであることや、利用者の現状並びに希望者等の状況を鑑み、令和3年1月時点での地域密着型サービスの設置状況は適切であると考えられるため、第8期計画期間における新たな基盤整備（新設・増設）は行わず、住民主体の介護予防の取り組みを推進していくこととします。

【地域密着型サービスにおける必要利用定員総数】

	圏域	R2	R3	R4	R5
認知症対応共同生活介護	菊水	27 床	27 床	27 床	27 床
	三加和	0	0	0	0
	合計	27 床	27 床	27 床	27 床
地域密着型特定施設 入居者生活介護	菊水	0	0	0	0
	三加和	0	0	0	0
	合計	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護	菊水	0	0	0	0
	三加和	0	0	0	0
	合計	0	0	0	0

3. 第8期介護保険料の算出

(1) 事業費算出の流れ

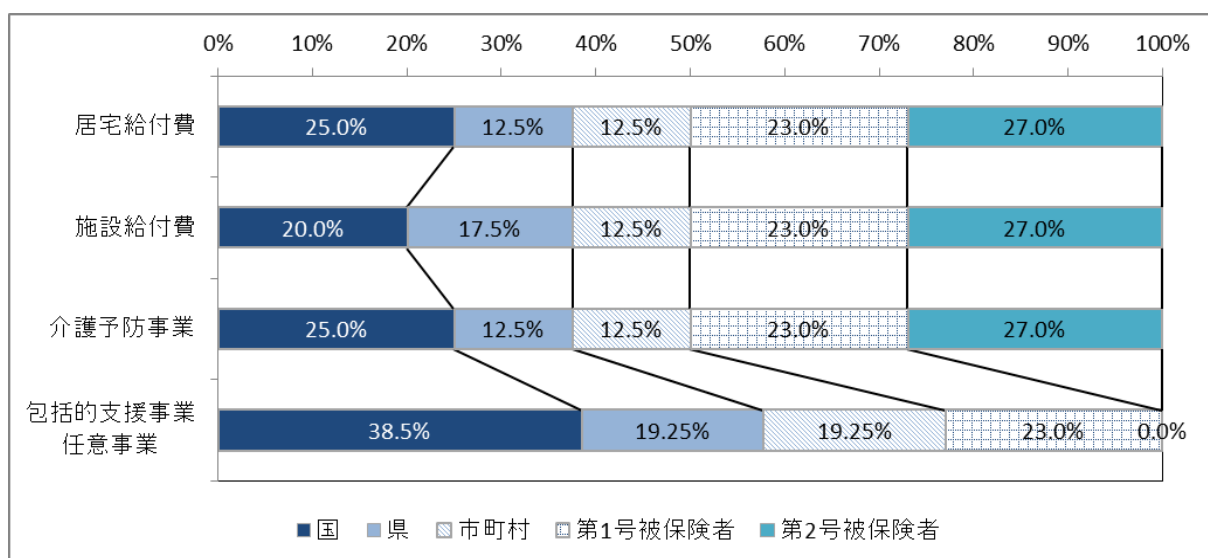
介護保険事業費及び第1号被保険者保険料は、計画期間における第1号被保険者数及び要介護（要支援）認定者数の見込み、さらに、介護保険サービス及び地域支援事業に係る費用見込み等をもとに算定します。

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

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

なお、第1号被保険者の保険料負担割合は23.0%に据え置きとなっています。

		国	県	市町村	第1号被保険者	第2号被保険者
介護保険サービス	居宅給付費	25.0%	12.5%	12.5%	23.0%	27.0%
	施設給付費	20.0%	17.5%	12.5%	23.0%	27.0%
地域支援事業	介護予防・日常生活支援総合事業	25.0%	12.5%	12.5%	23.0%	27.0%
	包括的支援事業・任意事業	38.5%	19.25%	19.25%	23.0%	—



(2) 事業費の見込み

■ 予防給付費

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

(単位：千円)

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
(1) 介護予防サービス	33,522	34,600	35,193
介護予防訪問介護	0	0	0
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	4,362	4,566	4,768
介護予防訪問リハビリテーション	555	594	610
介護予防居宅療養管理指導	440	440	440
介護予防通所介護	0	0	0
介護予防通所リハビリテーション	20,299	21,027	21,297
介護予防短期入所生活介護	704	705	705
介護予防短期入所療養介護(老健)	230	230	230
介護予防短期入所療養介護(病院等)	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	3,681	3,787	3,892
特定介護予防福祉用具購入費	545	545	545
介護予防住宅改修	2,020	2,020	2,020
介護予防特定施設入居者生活介護	686	686	686
(2) 地域密着型介護予防サービス	2,593	2,595	2,595
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	2,593	2,595	2,595
(3) 介護予防支援	5,334	5,443	5,549
合計	41,449	42,638	43,337

■介護給付費

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

(単位：千円)

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
(1)在宅サービス	469,779	483,869	499,855
訪問介護	75,721	79,353	81,604
訪問入浴介護	4,005	4,538	4,538
訪問看護	18,423	18,831	19,364
訪問リハビリテーション	4,392	4,395	4,395
居宅療養管理指導	4,463	4,664	4,840
通所介護	163,905	167,970	175,465
通所リハビリテーション	96,561	97,631	98,646
短期入所生活介護	42,735	45,748	49,117
短期入所療養介護(老健)	16,690	17,312	17,925
短期入所療養介護(病院等)	0	0	0
短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0
福祉用具貸与	23,903	24,437	24,971
特定福祉用具購入費	820	820	820
住宅改修費	1,898	1,898	1,898
特定施設入居者生活介護	16,263	16,272	16,272
(2)地域密着型サービス	110,747	115,449	115,449
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0
認知症対応型通所介護	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	80,658	80,703	80,703
特定施設入居者生活介護	0	0	0
介護老人福祉施設入所者生活介護	6,856	6,860	6,860
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0
地域密着型通所介護	23,233	27,886	27,886
(3)施設サービス	587,129	593,261	599,812
介護老人福祉施設	353,313	353,509	353,509
介護老人保健施設	187,950	188,054	188,054
介護医療院	32,382	42,704	53,752
介護療養型医療施設	13,484	8,994	4,497
(4)居宅介護支援	58,144	59,805	61,238
合計	1,225,799	1,252,384	1,276,354

■その他の給付等の見込み

①標準給付費

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
総給付費(円)	1,267,248,000	1,295,022,000	1,319,691,000
特定入所者介護サービス費等給付額(円)	56,580,784	52,594,389	53,034,709
高額介護サービス費等給付額(円)	21,331,015	21,712,075	21,894,093
高額医療合算介護サービス費等給付額(円)	3,936,978	4,000,000	4,000,000
算定対象審査支払手数料(円)	1,356,455	1,313,500	1,313,500
標準給付費見込額(円)	1,350,453,232	1,374,641,964	1,399,933,302

②地域支援事業費

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護予防・日常生活支援総合事業費(円)	46,022,000	46,022,000	46,022,000
包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)及び任意事業費(円)	10,281,000	10,281,000	10,281,000
包括的支援事業(社会保障充実分)(円)	2,052,000	2,052,000	2,052,000
地域支援事業費(円)	58,355,000	58,355,000	58,355,000

③財政安定化基金

	令和3～5年度
財政安定化基金拠出金(円)	0
財政安定化基金拠出率(%)	0
財政安定化基金償還金(円)	0

④準備基金の残高と取崩額

	令和3～5年度
準備基金の残高(令和2年度末)(円)	100,000,000
準備基金取崩額(第8期)(円)	15,000,000

⑤市町村特別給付費等

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
市町村特別給付費等(円)	0	0	0

⑥予定保険料収納率

	令和3～5年度
予定保険料収納率(%)	99.5%

(3) 第1号被保険者の介護保険料基準額の算出

(金額の単位：円)

標準給付費見込額	4,125,028,498
+	
地域支援事業費	175,065,000
=	
介護保険事業費見込額	4,300,093,498
×	
第1号被保険者負担割合	23.0%
=	
第1号被保険者負担分相当額	989,021,505
+	
調整交付金相当額	213,154,725
-	
調整交付金見込額	405,045,000
+	
財政安定化基金償還金	0
-	
財政安定化基金取崩による交付額	0
-	
準備基金取崩額	15,000,000
+	
市町村特別給付費等	0
=	
保険料収納必要額	782,131,229
÷	
予定保険料収納率	99.5%
÷	
所得段階別加入割合補正後第1号被保険者数(3年間)	11,295
÷	
年額保険料	69,600
÷	
12 か月	
=	
月額保険料(基準額)	5,800
(参考)前期の月額保険料(基準額)	5,800

(4) 所得段階に応じた保険料額の設定

第1号被保険者の介護保険料基準額に対して介護保険料基準月額を設定し、所得段階に応じた保険料設定を実施しています。さらに、低所得者層の保険料負担軽減のため、第1段階から第3段階については、公費の投入による保険料の軽減を実施しています。

以上を含めた第8期計画期間中の月額介護保険料の設定は以下のとおりとなります。

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	負担割合
第1段階	1,740円 (2,900円)	1,740円 (2,900円)	1,740円 (2,900円)	0.3 (0.5)
第2段階	2,900円 (4,350円)	2,900円 (4,350円)	2,900円 (4,350円)	0.5 (0.75)
第3段階	4,060円 (4,350円)	4,060円 (4,350円)	4,060円 (4,350円)	0.7 (0.75)
第4段階	5,220円	5,220円	5,220円	0.9
第5段階	5,800円	5,800円	5,800円	1.0
第6段階	6,960円	6,960円	6,960円	1.2
第7段階	7,540円	7,540円	7,540円	1.3
第8段階	8,700円	8,700円	8,700円	1.5
第9段階	9,860円	9,860円	9,860円	1.7

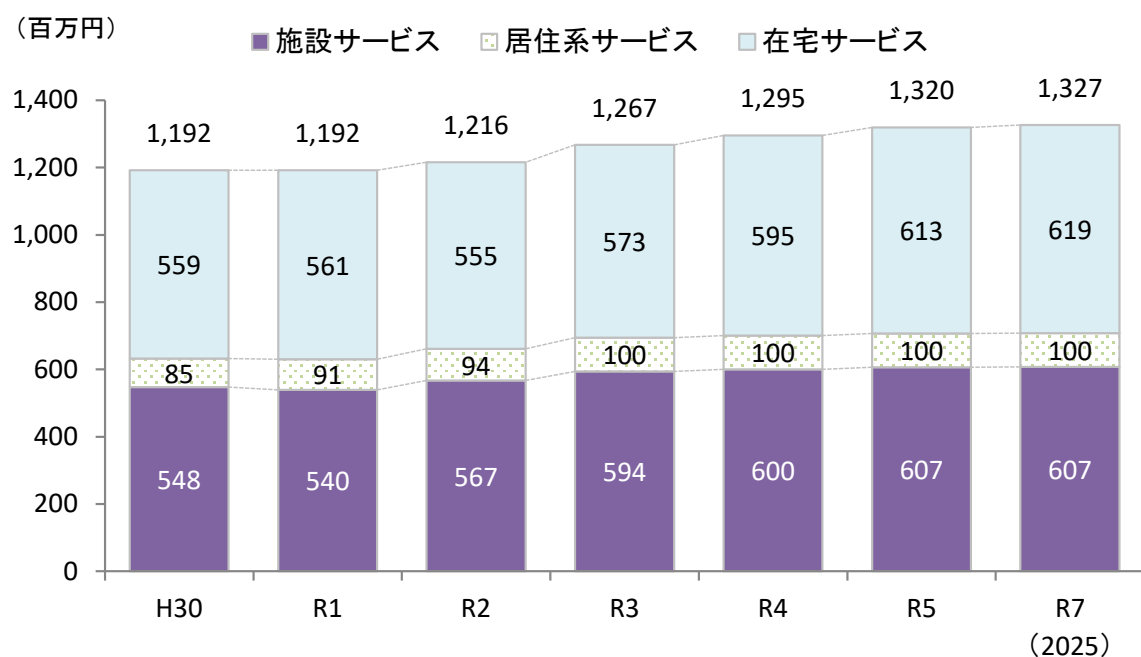
()内は軽減前の金額・割合

各段階における保険料負担割合の概要は以下のとおりとなります。

	該当条件	基準額に対する割合	
第1段階	生活保護世帯者、世帯全員が住民税非課税の老齢福祉年金受給者 世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円以下	0.3	軽減
第2段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円超 120 万円以下	0.5	軽減
第3段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等 120 万円超	0.7	軽減
第4段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人が住民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円以下	0.9	
第5段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人が住民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円超	1.0	基準
第6段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額 120 万円未満	1.2	
第7段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額 120 万円以上 210 万円未満	1.3	
第8段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額 210 万円以上 320 万円未満	1.5	
第9段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額 320 万円以上	1.7	

4. 2025 年のサービス水準等の推計

団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年（令和 7 年）に向けた「地域包括ケア計画」として計画的・段階的に進めていくことで、どのように地域包括ケアシステムを作っていくのか、2025 年（令和 7 年）を見据えて中長期的にサービス水準等について推計しました。

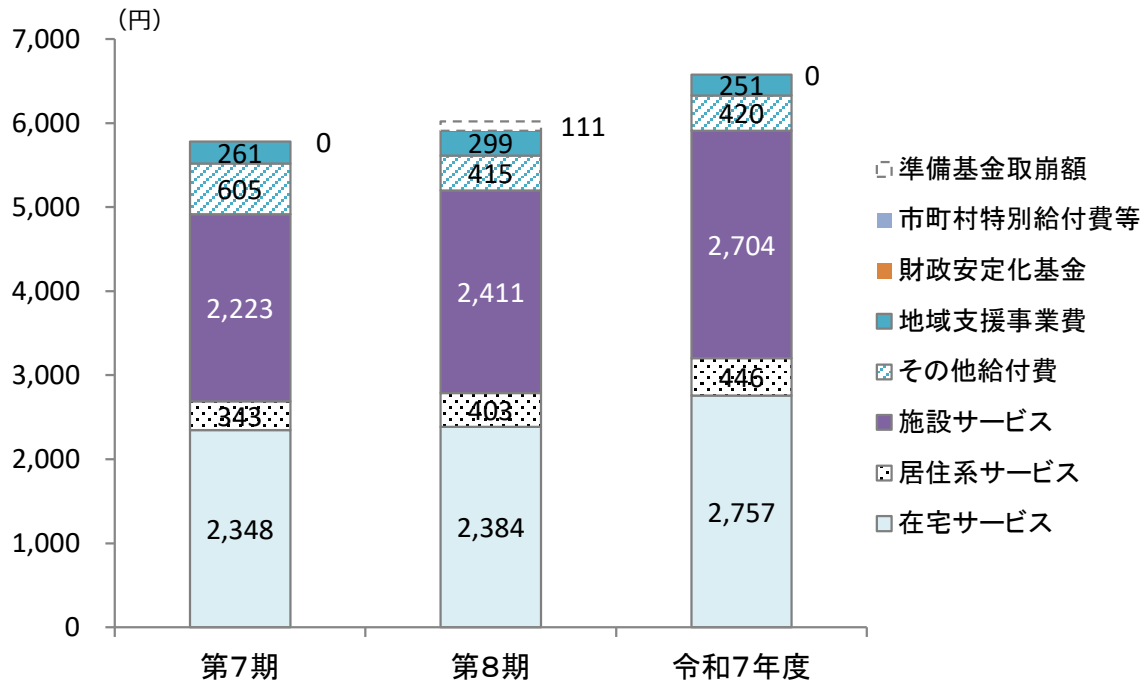


	令和3年度	令和4年度	令和5年度
総給付費	1,267,248	1,295,022	1,319,691
在宅サービス	573,063	594,645	612,763
居住系サービス	100,200	100,256	100,256
施設サービス	593,985	600,121	606,672

（単位：千円）

2025年（令和7年）を見据えた中長期的なサービス水準を基に試算した、介護保険料基準額の経年変化については、以下のとおりとなります。

なお、ここで示す月額保険料については、国の示した「地域包括ケア見える化システム」を基に算出したものとなります。

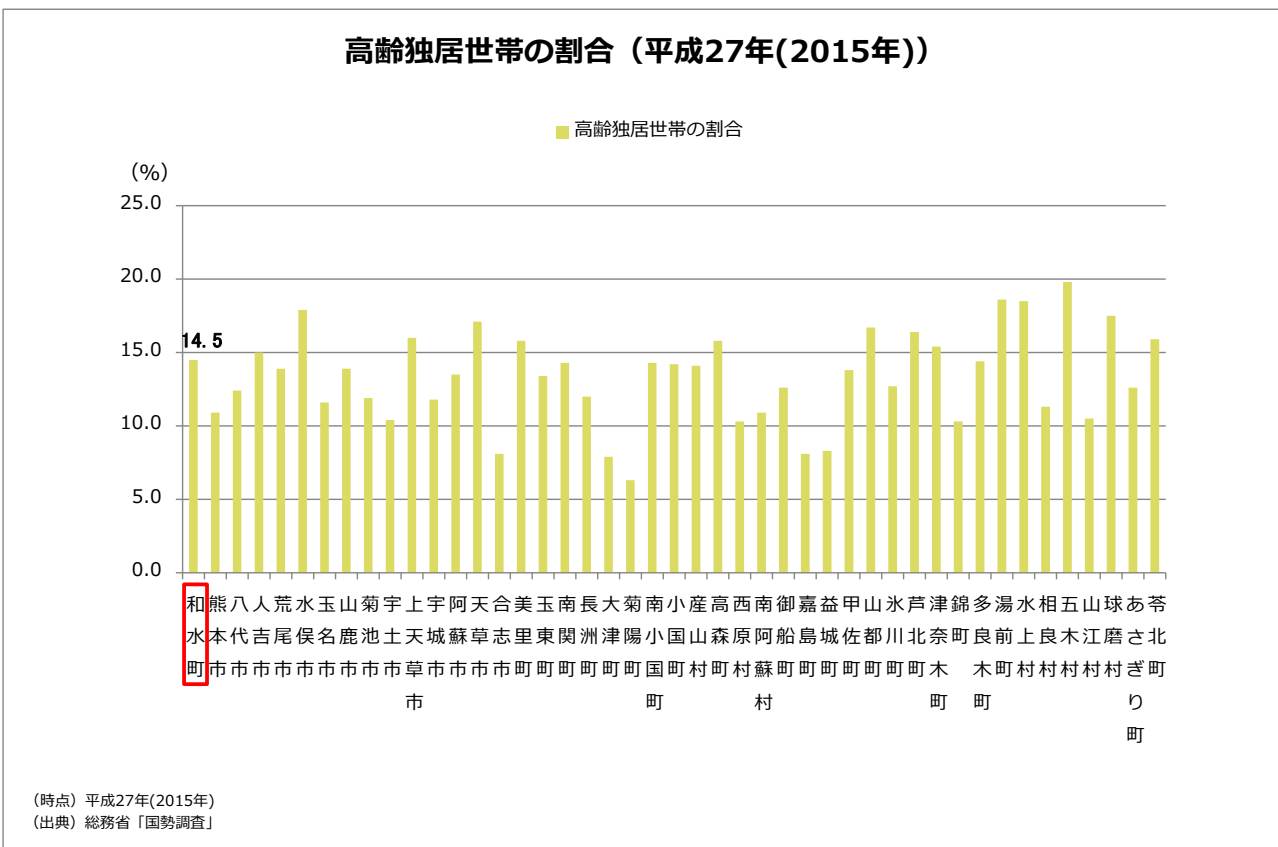
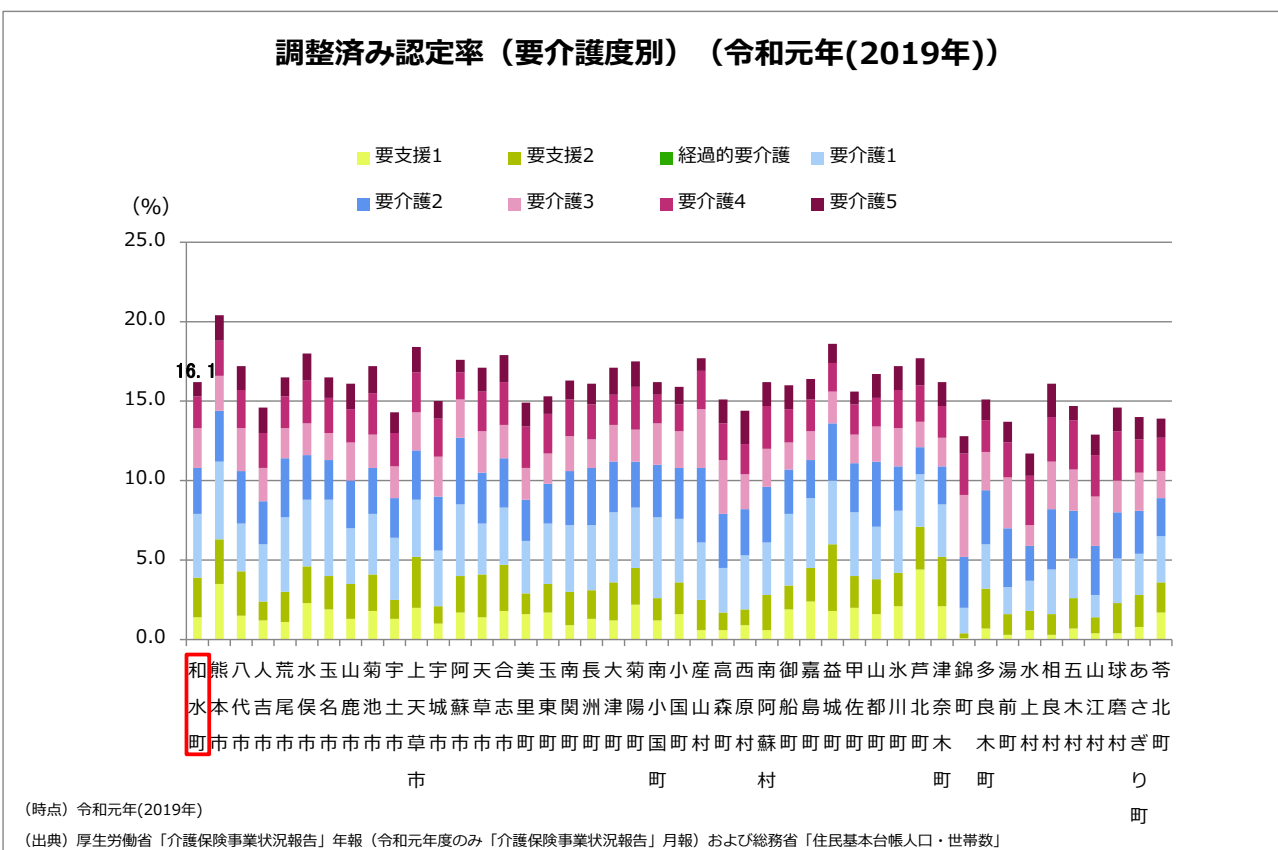


	第7期		第8期		令和7年度	
	金額(円)	構成比	金額(円)	構成比	金額(円)	構成比
総給付費	4,914	84.7%	5,198	87.9%	5,908	89.8%
在宅サービス	2,348	40.5%	2,384	40.3%	2,757	41.9%
居住系サービス	343	5.9%	403	6.8%	446	6.8%
施設サービス	2,223	38.3%	2,411	40.8%	2,704	41.1%
その他給付費	605	10.4%	415	7.0%	420	6.4%
地域支援事業費	261	4.5%	299	5.1%	251	3.8%
財政安定化基金	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
市町村特別給付費等	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
保険料収納必要額	5,800	100.0%	5,911	100.0%	6,578	100.0%
準備基金取崩額	0	0.0%	111	1.9%	0	0.0%
保険料基準額	5,800	100.0%	5,800	98.1%	6,578	100.0%

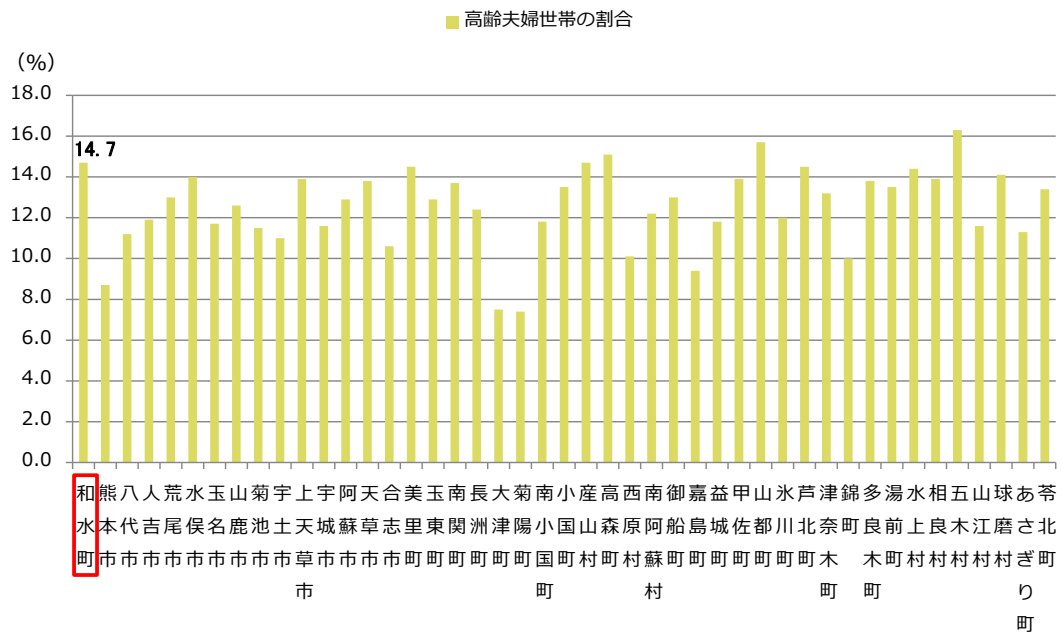
資料編



1. 本町と他自治体との比較データ

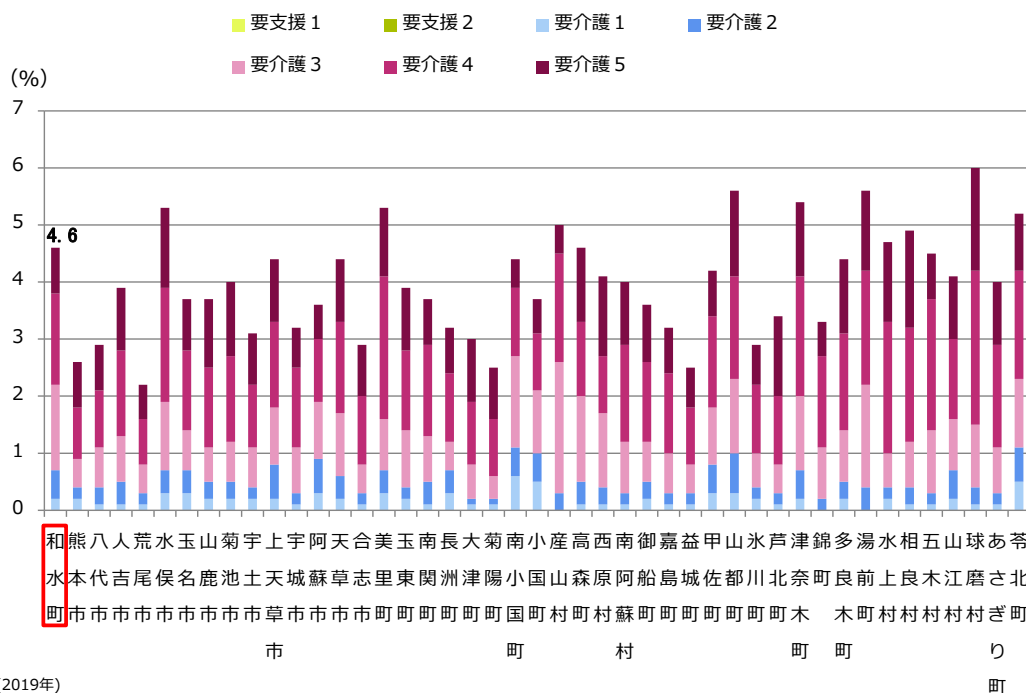


高齢夫婦世帯の割合（平成27年(2015年)）



（時点）平成27年(2015年)
（出典）総務省「国勢調査」

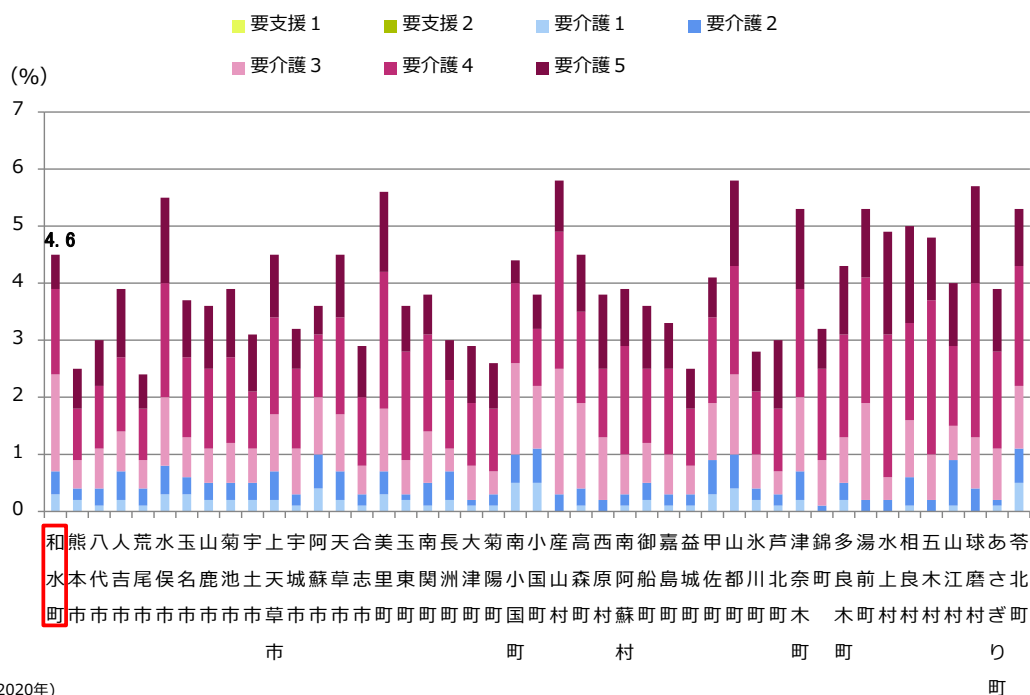
受給率（施設サービス）（要介護度別）（令和元年(2019年)）



(時点) 令和元年(2019年)

(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報(令和元、2年度のみ「介護保険事業状況報告」月報)

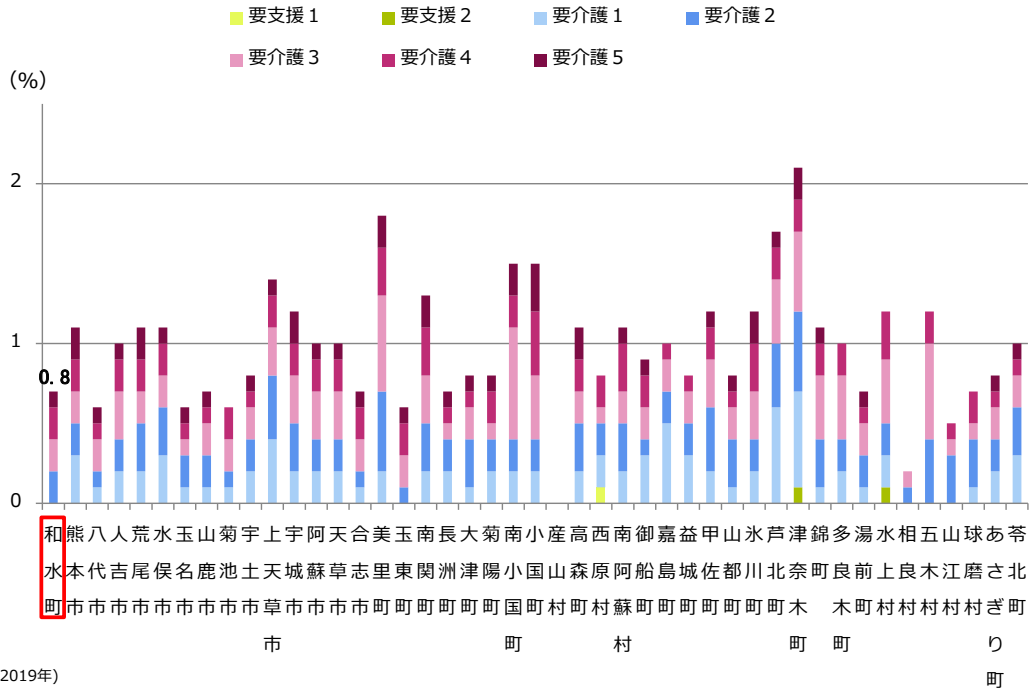
受給率（施設サービス）（要介護度別）（令和2年(2020年)）



(時点) 令和2年(2020年)

(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（令和元、2年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）

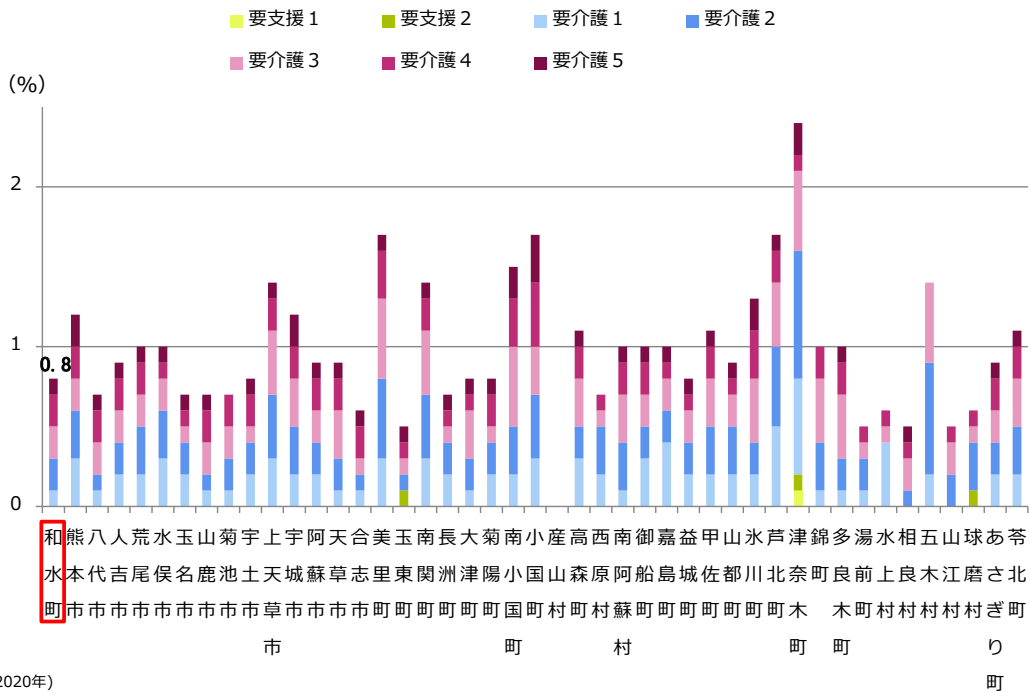
受給率（居住系サービス）（要介護度別）（令和元年(2019年)）



(時点) 令和元年(2019年)

(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（令和元、2年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）

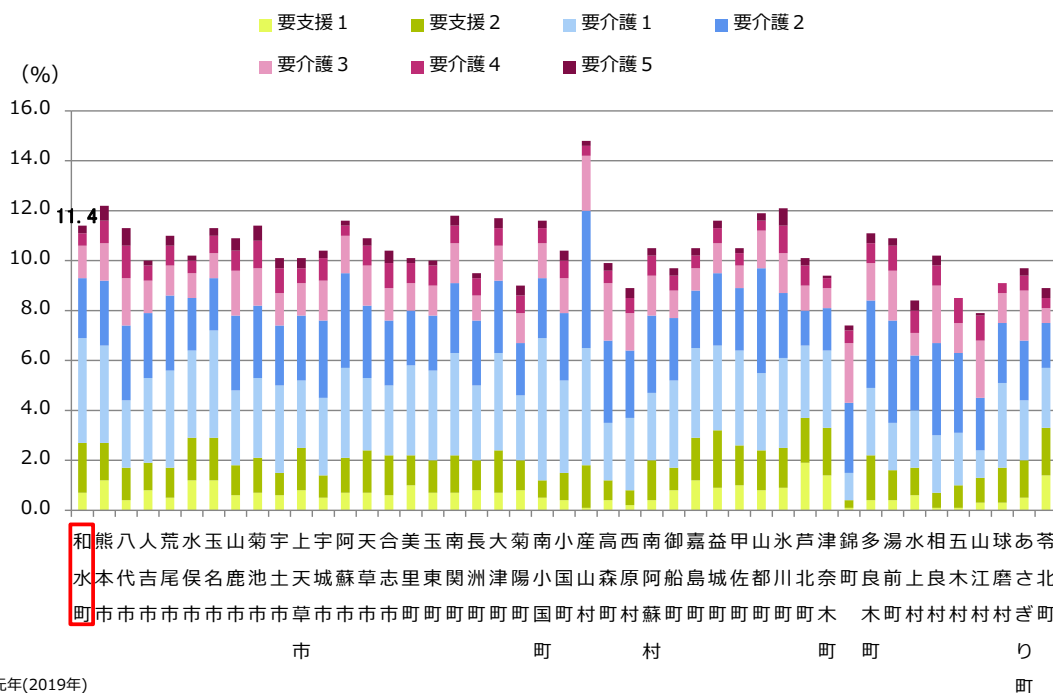
受給率（居住系サービス）（要介護度別）（令和2年(2020年)）



(時点) 令和2年(2020年)

(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報(令和元、2年度のみ「介護保険事業状況報告」月報)

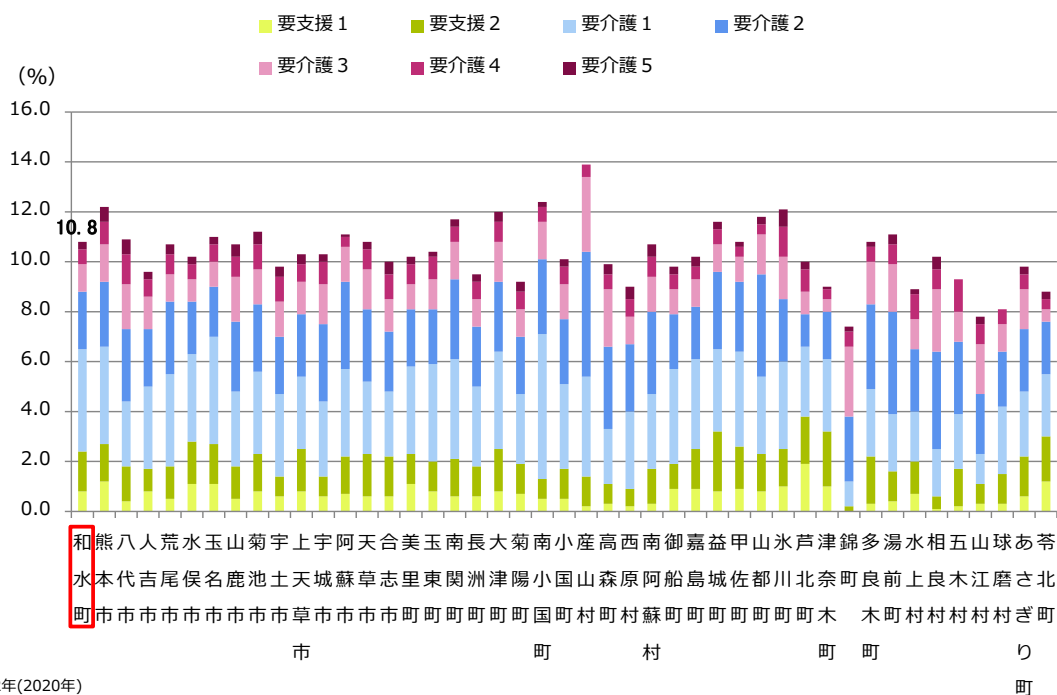
受給率（在宅サービス）（要介護度別）（令和元年(2019年)）



(時点) 令和元年(2019年)

(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報(令和元・2年度のみ「介護保険事業状況報告」月報)

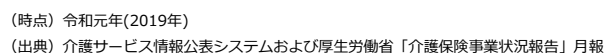
受給率（在宅サービス）（要介護度別）（令和2年(2020年)）



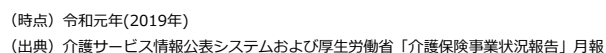
(時点) 令和2年(2020年)

(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報(令和元・2年度のみ「介護保険事業状況報告」月報)

- 介護老人福祉施設
- 介護療養型医療施設
- 介護医療院
- 介護老人保健施設
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護



■ 特定施設入居者生活介護 ■ 認知症対応型共同生活介護 ■ 地域密着型特定施設入居者生活介護



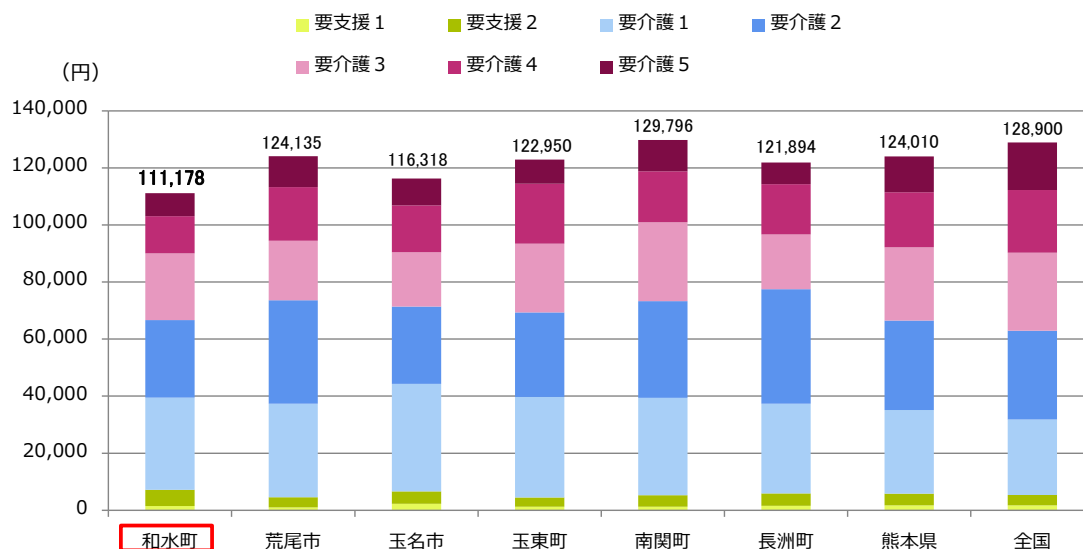
[illegible]

(時点) 令和元年(2019年)

(出典) 介護サービス情報公表システムおよび厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報

受給者 1 人あたり給付月額（要介護度別）（在宅及び居住系サービス）

（令和元年(2019年)）

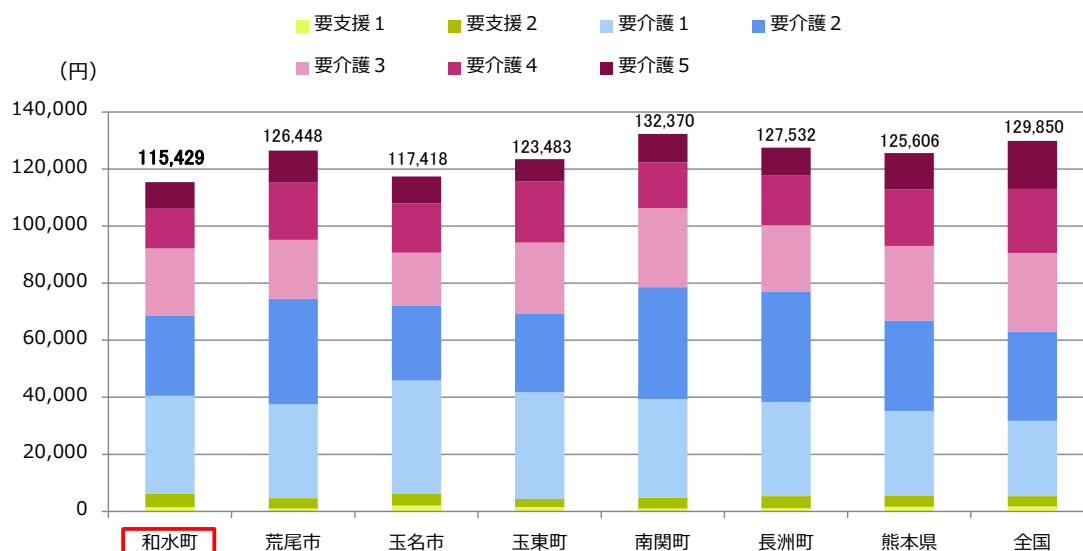


（時点）令和元年(2019年)

（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（令和元,2年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）

受給者 1 人あたり給付月額（要介護度別）（在宅及び居住系サービス）

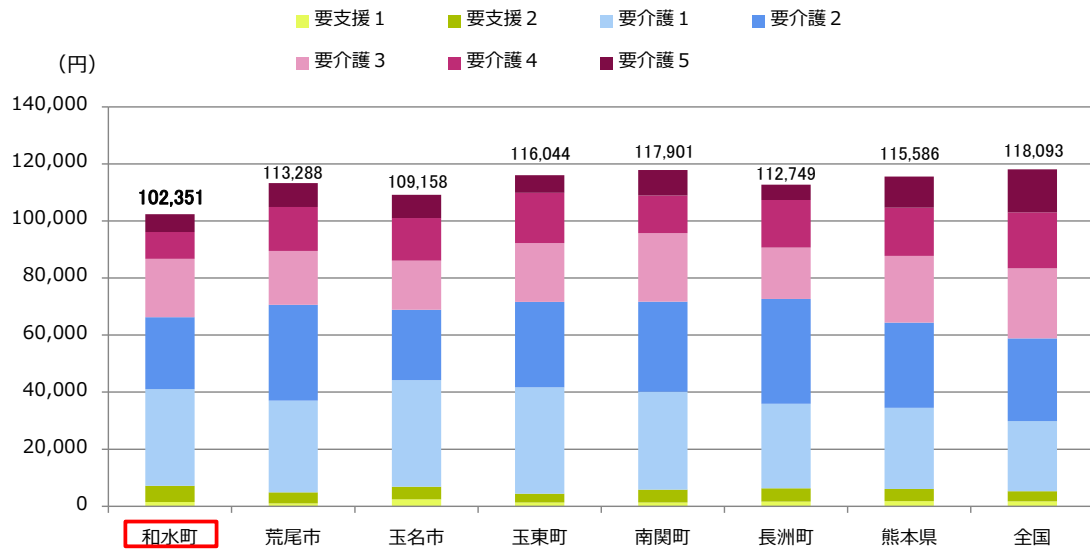
（令和2年(2020年)）



（時点）令和2年(2020年)

（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（令和元,2年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）

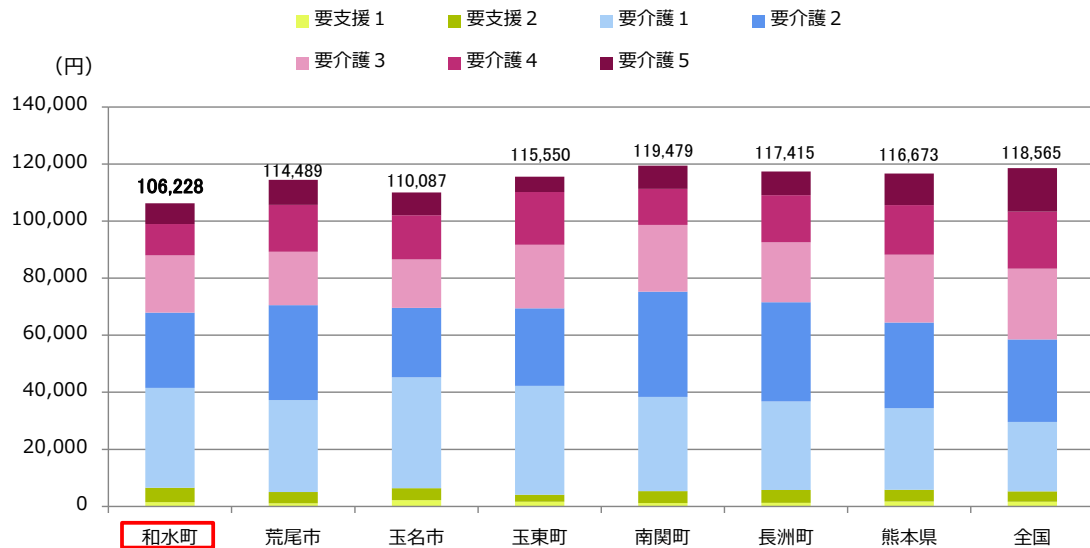
受給者1人あたり給付月額（要介護度別）（在宅サービス）（令和元年(2019年)）



（時点）令和元年(2019年)

（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（令和元,2年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）

受給者1人あたり給付月額（要介護度別）（在宅サービス）（令和2年(2020年)）



（時点）令和2年(2020年)

（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（令和元,2年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）

2. 和水町介護保険運営協議会設置要綱

平成 18 年 3 月 1 日

告示第 55 号

(設置)

第 1 条 この要綱は、和水町老人保健福祉計画及び介護保険事業計画の推進と本町における介護保険事業の円滑な実施を図るとともに、町民の参画により介護サービス基盤の計画的な整備を進めることを目的として、和水町介護保険運営協議会(以下「協議会」という。)を設置する。

(所掌事務)

第 2 条 協議会の所掌事務は、次のとおりとする。

- (1) 介護保険事業計画の策定及び進捗状況に関すること。
- (2) 介護保険事業の推進に関すること。
- (3) 地域密着型サービスの運営に関すること。
- (4) 地域包括支援センターの運営に関すること。
- (5) その他高齢者の保健、福祉、介護に関して必要な事項

(組織)

第 3 条 協議会は、委員 16 人以内で組織する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから町長が委嘱する。

- (1) 町議会議員
- (2) 学識経験者
- (3) 保健、医療及び福祉関係の代表者
- (4) 被保険者の代表者
- (5) その他町長が必要と認めた者

(任期)

第 4 条 委員の任期は、3 年とする。ただし、再任を妨げない。

2 委員は、任期中であっても委員が本来の職を離れたときは、委員の職を失うものとする。ただし、後任委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(役員)

第 5 条 協議会に、会長及び副会長各 1 人を置く。

2 会長及び副会長は、委員の互選によって定める。

3 会長は、会務を総括し、協議会を代表する。

4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるときは、その職を代理する。

(会議)

第 6 条 協議会の会議は、会長が招集し、会長は、その議長になる。

(関係者の意見)

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

(庶務)

第 8 条 協議会の庶務は、健康福祉課において処理する。

(補則)

第 9 条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、平成 18 年 3 月 1 日から施行する。

3. 和水町介護保険運営協議会委員名簿

(平成 30 年 4 月 1 日～令和 3 年 3 月 31 日)

委員（順不同・敬称略）

		関係機関	氏 名	備 考
1	被保険者の 代表者	第 1 号被保険者代表	上妻 カヨ子	
2			西村 光子	
3		第 2 号被保険者代表	笠 仲子	
4			石原 忠邦	
5	議会議員	議会代表	高木 洋一郎	会長
6		議会代表	秋丸 要一	
7	学識経験者	老人会代表	菊池 康毅	副会長
8		民生委員代表	坂木 良一	
9		区長会代表	牛島 宣雄	
10		婦人会代表	菊川 ヨリ子	
11	保健・医療及び 福祉関係代表者	地域医師代表	志垣 信行	
12			加藤 輝子	
13		施設代表	大久保 潤祐	
14			樋口 幸広	
15		社会福祉協議会	坂本 一恵	

事務局

役職名	職員氏名	
健康福祉課長	坂口 圭介	
健康福祉課長補佐	佐藤 美由紀	小出 千春
地域包括支援センター	前田 洋子	田中 祐季
	日永 誠一郎	
介護保険係（本庁）	深草 健夫	柿本 果音
健康福祉係（三加和総合支所）	齋木 隆雄	戸上 真一郎

4. 用語集

(五十音順)

用 語	解 説
e ラーニングシステム	インターネット等の情報技術を利用した学習形態であり、厚生労働省が要介護認定適正化事業の一環として開発したもの。「全国テスト」及び教材・問題集による学習を実施することにより、認定調査員の調査能力の向上等を目的とする。
インセンティブ	目標を達成するための刺激・誘因のこと。
インフォーマルサービス	公的機関や専門職による介護保険制度に基づくサービスや支援（フォーマルサービス）以外の支援のこと。具体的には、家族、近隣、友人、民生委員、ボランティア、非営利団体（NPO）などの制度に基づかない援助などが挙げられる。
M C I (Mild Cognitive Impairment)	軽度認知障害と訳され、認知症の前の段階で認知機能の低下がみられる状態であるが、現状では認知症とされるほどではなく、日常生活に困難をきたすほどではない状態。
介護給付費	介護保険サービスの提供に関して保険財政から支出される費用またはその総額のこと。介護保険サービス費は、基本的にその1～3割を利用者が自己負担し、残りの7～9割は保険給付される。財源としては、半分を40歳以上である被保険者が保険料として負担し、残りの半分为公費で賄っている。
介護サービス／介護予防サービス	広義では介護保険サービス全般を指し、狭義では要介護1～5の認定者向けのサービスを指す。介護予防サービスとは要支援1～2の認定者向けのサービスを指す。
介護福祉士	社会福祉士及び介護福祉士法に基づく国家資格。身体上または精神上の障がいがあることにより、日常生活を営むのに支障がある者に対して、心身の状況に応じた介護を行い、またその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う。英語名はケアワーカー。
介護予防サポーター	介護予防の人材育成研修を修了した方。地域で行われるさまざまな介護予防活動を支える人材。
介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）	要支援1・2の方が利用できる介護保険サービスのうち、「介護予防訪問介護（ホームヘルプ）」と「介護予防通所介護（デイサービス）」が、国の基準で実施していた介護予防給付サービスから、市町村の基準で実施する「介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）」に移行された。「訪問型サービス」、「通所型サービス」からなる「介護予防・生活支援サービス事業」と、主にすべての高齢者を対象とした「一般介護予防事業」で構成される。
課題整理総括表	介護保険サービス利用者の状況、支援が必要な状況等になった要因、改善・維持の可能性、自立した日常生活の阻害要因等を記載した総括表。情報の整理・分析等を通じて課題を導き出した過程について、多職種協働の場面等で説明する際に適切な情報共有をすることを目的として作成する。

基本チェックリスト	総合事業対象者を把握するための生活機能評価において用いられる調査票。介護の原因となりやすい生活機能低下の危険性がないかどうかという視点で、運動、口腔、栄養、物忘れ、うつ症状、閉じこもりなどの全 25 項目について回答する。
協議体	生活支援・介護予防の体制の整備にあたり、市町村が主体となり、生活支援コーディネーターと生活支援・介護予防サービスの提供主体等が参画し、地域のニーズの発掘や多様な主体への働きかけ、関係者との連携、担い手養成やサービスの開発などの課題を検討する場。
居住系サービス	認知症対応型共同生活介護や特定施設入居者生活介護のサービスを指す。「介護を受けながら住み続けられる住まい」として位置づけられており、その施設整備については、施設サービスと同様に介護保険事業計画に基づいて行われる。
居宅	介護保険法上の法律用語。自宅に限らず広く住まいとする場所のことを指す。ただし「自宅」「在宅」「居宅」「居住系」といった用語の定義は、介護保険上で明確に区分されてはいない。
居宅介護支援事業所	要介護認定等、各種申請や介護サービスを利用する際に、窓口となる事業所で、ケアプランを作成し、適切なサービスが受けられるように、提供事業者と連絡・調整を行う機関を指す。
居宅サービス	デイサービスやデイケア、ショートステイなど、居宅を起点として利用する介護サービスの総称。在宅サービスと表現した場合は、広義で地域密着型サービスを含む。
ケアプラン（介護サービス計画）	利用者が介護サービス等を適切に利用できるよう、また、その利用が利用者本人の自立した日常生活に資するよう、利用するサービスの種類や回数などを定めた計画のこと。ケアマネジャーによるケアマネジメントのもと作成される。在宅の場合は「居宅サービス計画」または「介護予防サービス計画」、施設の場合は「施設サービス計画」という。
ケアマネジメント	主に介護等の福祉分野でサービスとそれを必要とする人のニーズをつなぐ手法のこと。具体的には①インテーク（受理面接）⇒②アセスメント（生活課題の分析）⇒③プランニング（計画の立案）⇒④サービスの実施⇒⑤モニタリング（進行中における中途評価）⇒⑥エヴァリュエーション（最終的な評価）⇒⑥の結果をフィードバックすることで、再度上述の②からのプロセスを経るといった一連の行為を指す。
ケアプラン	在宅の要介護者等が、介護サービスを適切に利用できるように、心身の状況、生活環境、サービス利用の意向等を勘案して、サービスの種類、内容、時間及び事業者を定めた計画。
ケアマネジャー（介護支援専門員）	利用者の身体状態等に合わせケアプランを作成するとともに、サービス事業者等との調整やプラン作成後のサービス利用状況等の管理を行う者。
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認知症高齢者や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をいう。
国保データベース（KDB）システム	国民健康保険中央会が「特定健診・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」などに係る情報を利活用して保険者向けに統計情報等を提供し、保険者の効率的・効果的な保健事業の実施をサポートするために開発されたシステム。

サービス付き高齢者向け住宅	「高齢者住まい法」の改正により創設された介護・医療と連携し、高齢者の安心を支えるサービスを提供するバリアフリー構造の住宅のこと。
事業対象者	基本チェックリストを用いた簡易な形で、介護予防・生活支援サービス事業の対象と判断された者。
施設サービス	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院に入所して受けるサービスの総称。要介護1～5の認定者が利用できるとされているが、介護老人福祉施設については、平成26年度の介護保険法改正により、原則要介護3以上の入所となった。また、その施設整備は介護保険事業計画に基づいて行われる。
社会福祉協議会	社会福祉法に基づき設置される、民間の社会福祉活動を推進することを目的とした民間組織。都道府県や政令指定都市、市区町村を単位に設置されており、住民の多様な福祉ニーズに応えるため、地域の特性を踏まえて、地域のボランティアと協力しながら独自の事業に取り組んでいる。
主任ケアマネジャー (主任介護支援専門員)	ケアマネジャーの上位資格。介護保険サービスや他の保健・医療サービスを提供する者との連絡調整、他のケアマネジャーに対する助言・指導などを行う。
小規模多機能型居宅介護	地域密着型サービスのひとつで、要介護者の様態や希望に応じ「通所介護（デイサービス）」を中心に、「訪問介護」、「泊まり（ショートステイ）」の3種類の介護サービスを提供することができる。
生活支援コーディネーター	生活支援サービスの充実及び高齢者の社会参加に向けて、ボランティア等の生活支援・介護予防の担い手の養成・発掘等地域資源の開発や、関係者間の情報共有・連携体制づくり等を担う者。
生活習慣病	食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が発症原因に深く関与していると考えられている疾患の総称。主なものとして、がん、脳血管疾患、心臓病があり、日本人の3大死因となっている。また、これらの疾患になるリスクを上げる肥満も生活習慣病のひとつともされ、肥満に関連して起きる症候群をメタボリックシンドロームと呼ぶ。
成年後見制度	病気や障がいのため判断能力が著しく低下することにより、財産管理や契約、遺産分割等の法律行為を自分で行うことが困難であったり、悪徳商法等の被害にあったりするおそれのある人を保護し、支援する制度。家庭裁判所により選任された後見人等が本人の意思を尊重し、その法律行為の同意や代行などを行う制度。
前期高齢者／後期高齢者	一般的なおおむね65歳以上の人を「高齢者」というが、高齢者のうち65歳以上74歳以下を「前期高齢者」、75歳以上を「後期高齢者」という。
第1号被保険者／第2号被保険者	介護保険制度は、原則として保険者（市区町村または広域連合）の区域内に住所を有する満40歳以上の者を当該保険者の被保険者とする。そのうち65歳以上を第1号被保険者といい、40歳以上65歳未満の医療保険加入者を第2号被保険者という。介護保険サービスを利用するには、要支援・要介護認定を受ける必要があるが、第2号被保険者の場合は、加齢に伴う特定の疾病（政令で定める16種類）によって介護が必要になった場合に限られる。

短期入所生活介護（ショートステイ）	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、閉じこもりや孤立感の解消、心身機能の維持回復だけでなく、家族の介護の負担軽減などを目的として実施される。介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）などが、常に介護が必要な方の短期間の入所を受け入れ、入浴や食事などの日常生活上の支援や、機能訓練などを提供する。
地域ケア会議	保険者と地域包括支援センター、介護支援専門員、サービス提供事業者など、医療・保健・福祉の現場職員を中心に、具体的ケースに基づいて協議を行うことで、効果的なサービスの総合調整や参加者の能力向上を図り、かつ地域包括ケアの向上につなげる仕組み。
地域支援事業	高齢者が要介護状態等になることを予防し、要介護状態になった場合でも、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の事業。
地域包括ケア／地域包括ケアシステム	高齢者の人口の急増に伴い、要介護高齢者や認知症高齢者、医療ニーズの高い高齢者の増加、一人暮らしや高齢者のみ世帯の増加といった社会構造の変化に対応できるよう、次世代のヘルスケアとして提唱されている構想のこと。地域包括ケアシステムとは、可能な限り住み慣れた地域において継続して住み続けることができるよう、ニーズに応じた住宅が提供されることを前提に、医療、介護、予防、見守りなどの多様な生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供されていく体制のこと。体制の整備には、地域ごとに異なる課題や実情に応じた対策が必要となるため、現在もさまざまな取り組みや研究が行われている。
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や、地域包括ケアシステムの構築に関するさまざまな情報が一元化され、グラフ等を用いた見やすい形で提供される。
地域包括支援センター	介護保険法に基づく、地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防ケアマネジメントなどを総合的に行う機関。各市区町村に設置され、地域包括ケアシステムの中核機関でもある。
地域マネジメント	「地域の実態把握・課題分析を通じて地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともにその達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返し行うことで目標達成に向けた活動を継続的に改善する取り組み。
地域密着型サービス	平成 18 年度の介護保険制度改正により新たに類型化されたサービス体系で、高齢者が介護が必要な状態になっても、可能な限り住み慣れた地域の中で、馴染みの人間関係等を維持しながら生活できるよう、地域の特性に応じた柔軟なサービスを提供するための仕組み。原則として保険者の区域内の住民のみが利用できる。
調整交付金	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 % 相当分を交付するもの。普通調整交付金と特別調整交付金の 2 つがある。普通調整交付金は、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ずる保険料基準額の格差調整のために交付されるもの。特別調整交付金は、災害等の特別な事情がある場合に交付されるもので、普通調整交付金の残額が特別調整交付金の総額となる。

デイケア（通所リハビリテーション）	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、利用者が通所リハビリテーションの施設（老人保健施設、病院、診療所など）に通い、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどが日帰りで提供される。
デイサービス（通所介護）	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、閉じこもりや孤立感の解消、心身機能の維持、家族の介護の負担軽減などを目的として実施される。利用者が通所介護の施設に通い、施設では、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを日帰りで提供される。
特定施設入居者生活介護	有料老人ホームの一類型。入浴、排せつ、食事の介護、食事の提供等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設であり、入居後介護が必要となっても、その有料老人ホームが提供する介護付有料老人ホーム（ホームの介護職員等によるサービス）を利用しながら居室で生活を継続することが可能なものをいう。
日常生活圏域	地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護サービス等を提供する施設の整備状況、地域コミュニティの活動単位など、さまざまな条件を総合的に勘案して設定される区域のこと。介護保険事業計画においては、住民が日常生活を営んでいる地域、高齢者が住み慣れた地域として捉え、地域密着型サービスの基盤整備などにおいて用いる。
認知症ケアパス	認知症の状況に応じて、いつ、どこで、どのような医療や介護サービス等が利用できるかの概略を示したもの。
認知症サポーター	認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人やその家族を支援する人のこと。各地域で実施されている「認知症サポーター養成講座」を受講する必要がある、受講者には認知症サポーターの証としてオレンジ色のリストバンドが渡される。
認知症疾患医療センター	認知症の早期発見・診療体制の充実、医療と介護の連携強化、専門医療相談の充実を図ることを目的とした医療機関。
認知症地域支援推進員	認知症の人が、できる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、関係機関の連携支援のほか、認知症施策や事業の企画調整等を行う者。
認定調査員	要介護認定申請を受けて、被保険者宅等（あるいは入院・入所先）を訪問し、被保険者本人との面接により、その心身の状況や置かれている環境について調査（認定調査）を行う者。調査の結果は、介護認定審査会における審査・判定の資料となる。
バリアフリー	高齢者や障がい者が社会生活をしていくうえで、障壁（バリア）となるものを取り除くという意味。段差などの物理的バリアを取り除くだけでなく、より広い意味で障がいのある人の社会参加を困難にしている社会的、物理的、心理的なバリアを取り除いていくことにも用いられる。
パブリックコメント	行政がいろいろなテーマの計画を策定するにあたり、住民に計画内容を案として公表し、その計画案について寄せられた意見を考慮して、計画内容の決定を行うとともに、寄せられた意見とそれに対する行政の考え方を公表するもの。

PDCA サイクル	Plan(計画)・Do(実行)・Check(評価)・Action(改善)を繰り返すことによって業務を継続的に改善していく手法のこと。
フレイル	「加齢により心身が老い衰えた状態」のこと。厚生労働省研究班の報告書では、「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」とされる。
ホームヘルパー	都道府県知事の指定する「訪問介護員養成研修」の課程を修了した者に与えられる認定。現在1級と2級があり、2級取得で訪問介護における身体介護・家事援助などの介護業務に従事できる。
民生委員・児童委員	民生委員とは、厚生労働大臣より委嘱を受けて、それぞれの地域において、常に住民の立場に立って相談に応じ、福祉事務所等と協力し、必要な援助を行うことを職務として、市町村の区域に配置されている民間の奉仕者※である。 児童委員とは、地域の子どもたちを見守り、子育ての不安や妊娠中の心配ごとなどの相談・支援などを行うことを職務とする民間の奉仕者※である。それぞれ民生委員法と児童福祉法に基づいて委嘱されるが、児童福祉法上、民生委員が児童委員を兼ねることとされており、「民生委員・児童委員」が正式な呼称である。 ※行政実例では地方公務員法に規定する「非常勤の特別職の地方公務員」(都道府県)に該当すると解されているが、奉仕者となるため無報酬である。
有料老人ホーム	老人福祉法に基づく高齢者向けの生活施設。多くの場合営利企業が経営しており、居住権形態では(終身)利用権方式、賃貸借方式、終身建物賃貸借方式がある。またサービス内容によって、介護保険の指定を受けて特定施設入居者生活介護サービスが提供される「介護付き有料老人ホーム(一般型/外部サービス利用型)」、生活支援等のサービスが提供され、介護が必要になった場合は外部の居宅サービスを利用できる「住宅型有料老人ホーム」、介護が必要になった場合は退去することになる「健康型有料老人ホーム」の3タイプに分けられる。介護付き有料老人ホームについては、要介護認定者のみが入居できるものを「介護専用型」、要支援認定者や自立者も入居できるものを「混合型」と呼称する。
要支援状態/要支援認定者	要支援認定者とは、介護認定審査会における審査判定を経て、要支援状態にあると認定された者をいい、要支援状態とは、身体上もしくは精神上の障がいがあるために、日常生活における基本的な動作について常時介護を要する状態の軽減もしくは悪化の防止に支援を要する、または日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態をいう。要支援状態には、要支援1と要支援2の2つの要支援状態区分が設けられている。介護保険法上、要介護状態の類型ではなく、別に区分して定義されているが、「要介護認定」や「要介護認定等」などの表現で総称されることも多い。
リハビリテーション専門職	理学療法士及び作業療法士法による国家資格を持ち、医師の指示により、身体または精神に障がいのある人に対して、手芸、工作、歌、ダンス、ゲームなどの作業療法によってリハビリテーションを行う専門技術者や、身体機能の回復を電気刺激、マッサージ、温熱その他理学的な手段で行う専門技術者等。

第 8 期 和水町高齢者福祉計画 及び 介護保険事業計画

令和 3 年度～令和 5 年度（第 8 期）

発 行 和水町 健康福祉課
〒865-0192
熊本県玉名郡和水町江田 3886 番地
電話 0968-86-3111（代表）

発行日 令和 3 年 3 月

