

益城町  
第9期高齢者保健福祉計画  
介護保険事業計画  
(令和6年度～8年度)



arigato MASHIKI  
KUMAMOTO

令和6年3月  
熊本県益城町



## ～ 目 次 ～

<b>第1章 計画策定の概要</b> .....	<b>1</b>
1 計画策定の背景・趣旨.....	1
2 計画の位置付けなど.....	1
3 計画の策定手法.....	3
4 介護保険制度の改正経緯.....	5
5 第9期介護保険事業計画の国の基本指針のポイント.....	6
6 日常生活圏域の設定.....	8
<b>第2章 高齢者を取り巻く状況</b> .....	<b>9</b>
1 人口・世帯の状況.....	9
2 高齢者の就業状況.....	12
3 要介護（要支援）認定者等の状況.....	13
4 要介護（要支援）認定者における認知症高齢者の状況.....	16
5 介護費用額及び第1号被保険者1人1月当たり費用額の推移.....	18
6 第1号被保険者1人当たり給付月額分布.....	19
7 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果.....	20
8 在宅介護実態調査結果.....	36
9 重点的取組の実施状況.....	41
10 益城町における高齢者を取り巻く課題.....	44
<b>第3章 計画の基本的な考え方</b> .....	<b>46</b>
1 益城町における地域包括ケアシステム.....	46
2 将来像と基本理念.....	47
3 計画の柱.....	48
4 計画の体系.....	50
<b>第4章 施策の展開</b> .....	<b>52</b>
計画の柱1 健康づくりと介護予防・重度化防止の推進.....	52
1 健康づくりと生活習慣病予防の推進.....	52
2 自立支援、介護予防・重度化防止への取組の推進.....	56
3 介護予防・日常生活支援総合事業の充実・強化.....	58
計画の柱2 社会参加・生きがいのづくり・役割創出の推進.....	63
1 社会参加の促進と活動機会の充実.....	63
2 多様な交流機会の提供と文化、スポーツ活動などの充実.....	64
3 高齢者の就労支援.....	65
計画の柱3 包括的支援事業の推進.....	67
1 地域包括支援センターの機能強化.....	67
2 生活支援体制整備事業の推進.....	70
3 在宅医療・介護連携の推進.....	72

計画の柱4 認知症施策・権利擁護の推進.....	77
1 認知症施策の推進.....	77
2 高齢者の権利擁護体制の推進.....	84
計画の柱5 暮らしの支援と安心・安全なまちづくり.....	96
1 福祉サービスによる在宅生活支援.....	96
2 居住環境の充実.....	97
3 安全性に配慮した生活環境の整備.....	100
計画の柱6 介護サービスの充実.....	103
1 介護サービスの提供.....	103
2 情報提供、相談対応.....	104
3 地域密着型サービス事業者などの適切な指定、指導監査（★）.....	105
4 介護・福祉人材の確保及び資質の向上.....	106
5 介護保険給付の適正化.....	108
<b>第5章 介護予防サービス、介護サービスの見込量.....</b>	<b>110</b>
1 介護予防サービス、居宅サービス等.....	110
2 地域密着型サービス.....	116
3 施設サービス.....	119
4 地域支援事業見込量.....	120
<b>第6章 第1号被保険者の介護保険料の設定.....</b>	<b>121</b>
1 財源構成.....	121
2 被保険者数・要介護（要支援）認定者推計.....	122
3 サービスごとの給付費の見込み.....	123
4 地域支援事業費の見込み.....	125
5 標準給付費等の見込み.....	127
6 所得段階別加入者を見込み.....	127
7 第1号被保険者の介護保険料基準額の算定.....	128
8 所得段階に応じた保険料額の設定.....	129
9 第9期以降の将来推計.....	130
10 令和22（2040）年の姿.....	132
<b>第7章 計画の推進.....</b>	<b>133</b>
1 将来像実現に向けた推進体制の強化.....	133
2 計画の進行管理.....	134
3 重点的取組と目標の設定.....	135
<b>資料編.....</b>	<b>138</b>
1 益城町高齢者保健福祉推進委員会設置要綱.....	138
2 益城町高齢者保健福祉推進委員会委員.....	140
3 用語解説（五十音順）.....	141

## 第1章 計画策定の概要

### 1 計画策定の背景・趣旨

介護保険制度は、その創設から20年以上が経過し、サービス利用者は制度創設時の3倍を超え、介護サービスの提供事業所数も着実に増加し、介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着、発展してきています。

全国的にみると、総人口が減少に転じる中、高齢者数は今後も増加し、高齢化は進展していきます。介護保険制度においては、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる令和7（2025）年を見据え、介護が必要な状態となっても住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築に取り組んできました。さらに、いわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22（2040）年に向け、既に減少に転じている生産年齢人口の減少が加速する中で、高齢人口がピークを迎える見込みとなっています。また、高齢者の単独世帯や高齢者夫婦のみの世帯の増加、認知症の人の増加、医療・介護の複合的ニーズを有する慢性疾患など的高齢者の増加も見込まれています。このような状況に対応するために、中長期的な介護ニーズなどの状況に応じた介護サービス基盤を医療提供体制と一体的に整備していくことが重要となっています。

以上の状況を踏まえ、令和7（2025）年及び令和22（2040）年の推計人口などから導かれる介護需要など中長期的な視野に立って「益城町第9期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」を策定します。

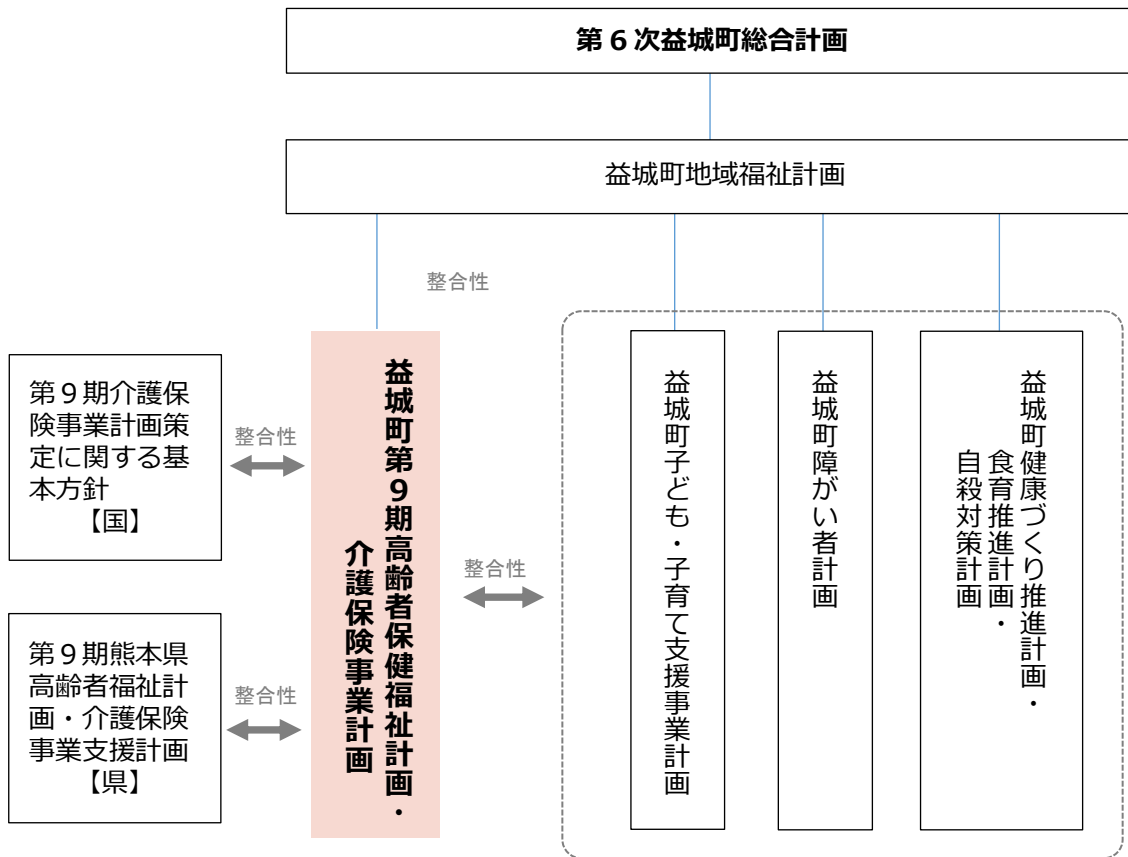
### 2 計画の位置付けなど

#### （1）他計画との関連

高齢者保健福祉計画は「老人福祉法第20条の8第1項」、介護保険事業計画は「介護保険法第117条第1項」により規定され、それぞれはお互い整合性をもって作成することとされており、高齢者に関する施策全般の計画として、その内容において介護保険事業計画を包含するもので、基本的な政策目標を設定するとともに、その実現に向かって取り組むべき施策全般を盛り込むものです。

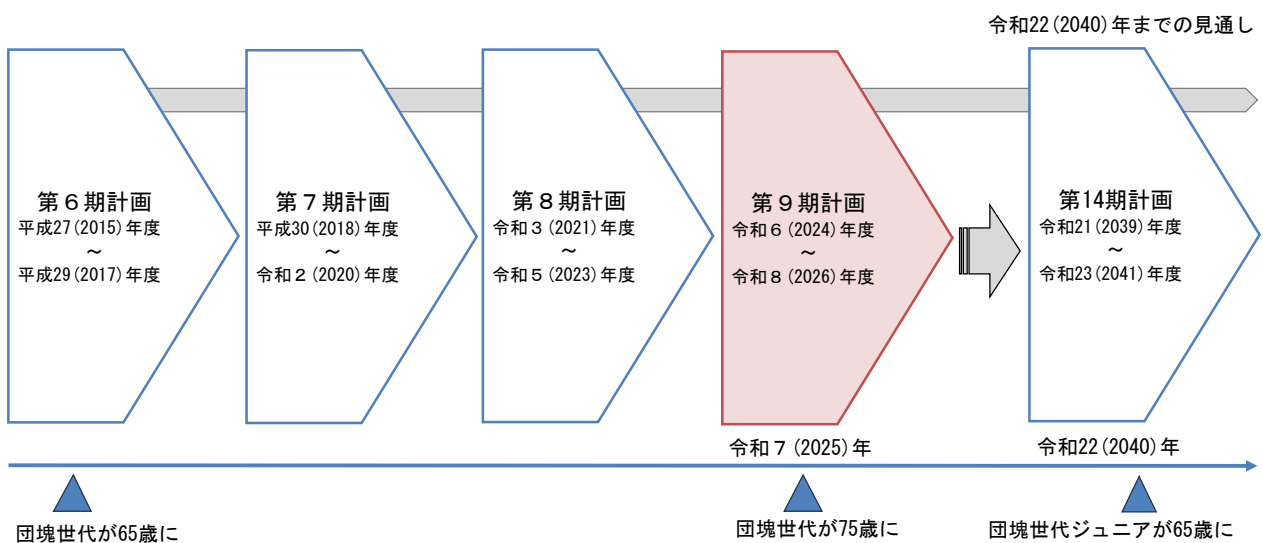
介護保険事業計画は、地域における要介護者などの人数やサービスの利用移行などを勘案して、介護給付など対象サービスの種類ごとの量の見込み、当該見込み量の確保のための方策などを定めるものです。

また、町の行政運営指針の最上位計画である「第6次益城町総合計画」におけるまちづくりの理念などを踏まえた上で、高齢者保健福祉分野の個別計画として策定します。さらに、在宅医療・介護の充実などの地域包括ケアシステムの構築を一層推進するため、熊本県保健医療計画との整合性を確保します。



(2) 計画の期間

本計画の期間は3年を1期とし、令和6年度から令和8年度までとします。  
 また、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22(2040)年を見据えた計画とし、中長期的な視点に立った施策の展開を図ります。



### 3 計画の策定手法

#### (1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

##### ① 目的

高齢者の日常生活状況や健康状態などを把握し、計画策定の基礎資料とするため、令和4年度に「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」を実施しました。

##### ② 実施期間

令和4年11月15日から令和4年12月23日まで

##### ③ 調査方法

郵送による配布・回収

##### ④ 調査対象者

一般高齢者、介護予防・日常生活支援総合事業対象者、要支援者

##### ⑤ 配布数・有効回答数・有効回答率

配布数	有効回答数	有効回答率
1,196件	805件	67.3%

#### (2) 在宅介護実態調査

##### ① 目的

在宅要介護認定者の生活状況及び介護者の就労状況などを把握し、介護離職などに係る町の実態把握の基礎資料とするため、令和4年度に「在宅介護実態調査」を実施しました。

##### ② 実施期間

令和4年11月1日から令和5年1月20日まで

##### ③ 調査方法

直接面談及び郵送による配布・回収

##### ④ 調査対象者

在宅で生活している要支援・要介護認定を受けている方のうち、更新申請、変更申請に伴う認定調査を受ける方

##### ⑤ 配布数・有効回答数・有効回答率

配布数	有効回答数	有効回答率
324件	169件	52.2%

### (3) 益城町高齢者保健福祉推進委員会

被保険者をはじめとする住民代表及び保健・医療・福祉関係者、町議会議員の代表及び学識経験者により構成された「益城町高齢者保健福祉推進委員会」を開催し、計画案について、協議、検討を行いました。

第1回	令和5年8月21日(月)	(1) 第8期計画進捗状況について (2) アンケート結果、介護サービス給付実績等について (3) 第9期計画骨子について
第2回	令和5年12月12日(火)	(1) 第9期計画期間中の介護保険料について (2) 第9期計画素案について
第3回	令和6年2月16日(金)	(1) パブリックコメント実施結果について (2) 第9期計画最終案について

### (4) パブリックコメント

計画案に対し、広く住民の意見を聴取・反映することを目的に、パブリックコメントを実施しました。

実施期間 令和6年(2024年)1月23日(火)～令和6(2024年)年2月9日(金)



## 4 介護保険制度の改正経緯

介護を家族だけでなく、社会全体で支える仕組みとして、平成12（2000）年に介護保険制度が創設されました。平成24（2012）年には、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組が開始され、平成27（2015）年には、地域包括ケアシステムの構築に向けた見直しとして、在宅医療・介護連携や認知症施策の推進が位置づけられたほか、要支援者向けの介護予防訪問介護・介護予防通所介護が「介護予防・日常生活支援総合事業」に移行されました。平成30（2018）年には、全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みが制度化されました。令和3（2021）年には、市町村の包括的な支援体制の構築の支援や医療・介護のデータ基盤の整備の推進が位置付けられました。

### 介護保険制度の主な改正の経緯

第1期 (平成12年度～)	平成12年4月 介護保険法施行
第2期 (平成15年度～)	平成17年改正(平成18年4月等施行) ○介護予防の重視(要支援者への給付を介護予防給付に、地域包括支援センターを創設、介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターが実施。介護予防事業、包括的支援事業などの地域支援事業の実施) ○小規模多機能型居宅介護等の地域密着サービスの創設、介護サービス情報の公表、負担能力をきめ細かく反映した第1号保険料の設定 など
第3期 (平成18年度～)	平成20年改正(平成21年5月施行) ○介護サービス事業者の法令遵守等の業務管理体制整備。休止・廃止の事前届出制。休止・廃止時のサービス確保の義務化等
第4期 (平成21年度～)	平成23年改正(平成24年4月等施行) ○地域包括ケアの推進。24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの創設。介護予防・日常生活支援総合事業の創設。介護療養病床の廃止期限の猶予(公布日) ○医療的ケアの制度化。介護職員によるたんの吸引等。有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護
第5期 (平成24年度～)	平成26年改正(平成27年4月等施行) ○地域医療介護総合確保基金の創設 ○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実(在宅医療・介護連携、認知症施策の推進等) ○全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化 ○低所得の第1号被保険者の保険料の軽減割合を拡大。一定以上の所得のある利用者の自己負担引上げ(平成27年8月) 等 ○特別養護老人ホームの入所者を中重度者に重点化
第6期 (平成27年度～)	平成29年改正(平成30年4月等施行) ○全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化 ○「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、介護医療院の創設 ○特に所得の高い層の利用者負担割合の見直し(2割→3割)、介護納付金への総報酬割の導入 など
第7期 (平成30年度～)	令和2年改正(令和3年4月施行) ○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 ○医療・介護のデータ基盤の整備の推進
第8期 (令和3年度～)	

出典：厚生労働省資料

## 5 第9期介護保険事業計画の国の基本指針のポイント

### (1) 基本的考え方

- 計画期間中には、団塊の世代が全員75歳以上となる2025年を迎えることになる。
- 高齢者人口がピークを迎える2040年を見通すと、85歳以上人口が急増し、医療・介護双方のニーズを有する高齢者など様々なニーズのある要介護高齢者が増加する一方、生産年齢人口が急減することが見込まれている。
- 都市部と地方で高齢化の進みが大きく異なるなど、これまで以上に中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえて介護サービス基盤を整備するとともに、地域の実情に応じて地域包括ケアシステムの深化・推進や介護人材の確保、介護現場の生産性の向上を図るための具体的な施策や目標を優先順位を検討した上で、介護保険事業（支援）計画に定めることが重要となる。

### (2) 見直しのポイント

#### ① 介護サービス基盤の計画的な整備

##### ア) 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ことが必要
- ・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

##### イ) 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の深化・推進に向けた取組

### ア) 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

### イ) 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・介護情報基盤を整備

### ウ) 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

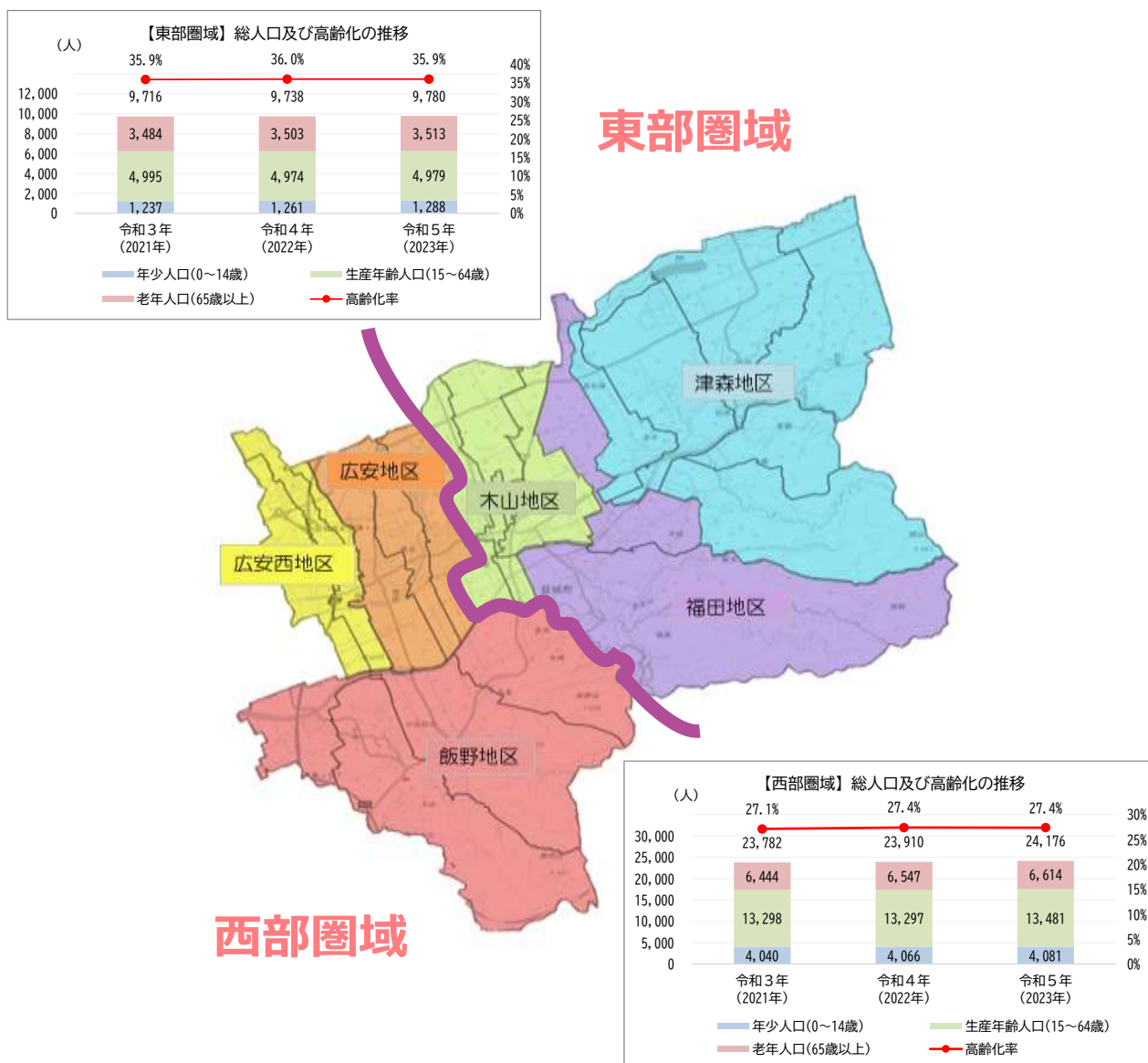
## 6 日常生活圏域の設定

第3期以降の市町村介護保険事業計画においては、高齢者が住み慣れた地域で生活を続けることができるよう、市町村内を日常生活圏域に分け、その圏域ごとに介護サービスの基盤を整備することとされています。

日常生活圏域を設定するに当たっては、人口や面積などだけでなく、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるように、保健福祉や医療関係の施設に加え、公共施設や交通網、さらには、こうした地域資源をつなぐ人的なネットワークの存在を考慮することになります。

本町では、第3期計画策定時に、上記を勘案し、「東部圏域」（木山地区、福田地区、津森地区で構成）、「西部圏域」（飯野地区、広安西地区、広安地区で構成）の2つの日常生活圏域（中学校区単位）を設定しています。

第9期計画でも、引き続き2つの日常生活圏域で介護基盤の整備を推進します。



## 第2章 高齢者を取り巻く状況

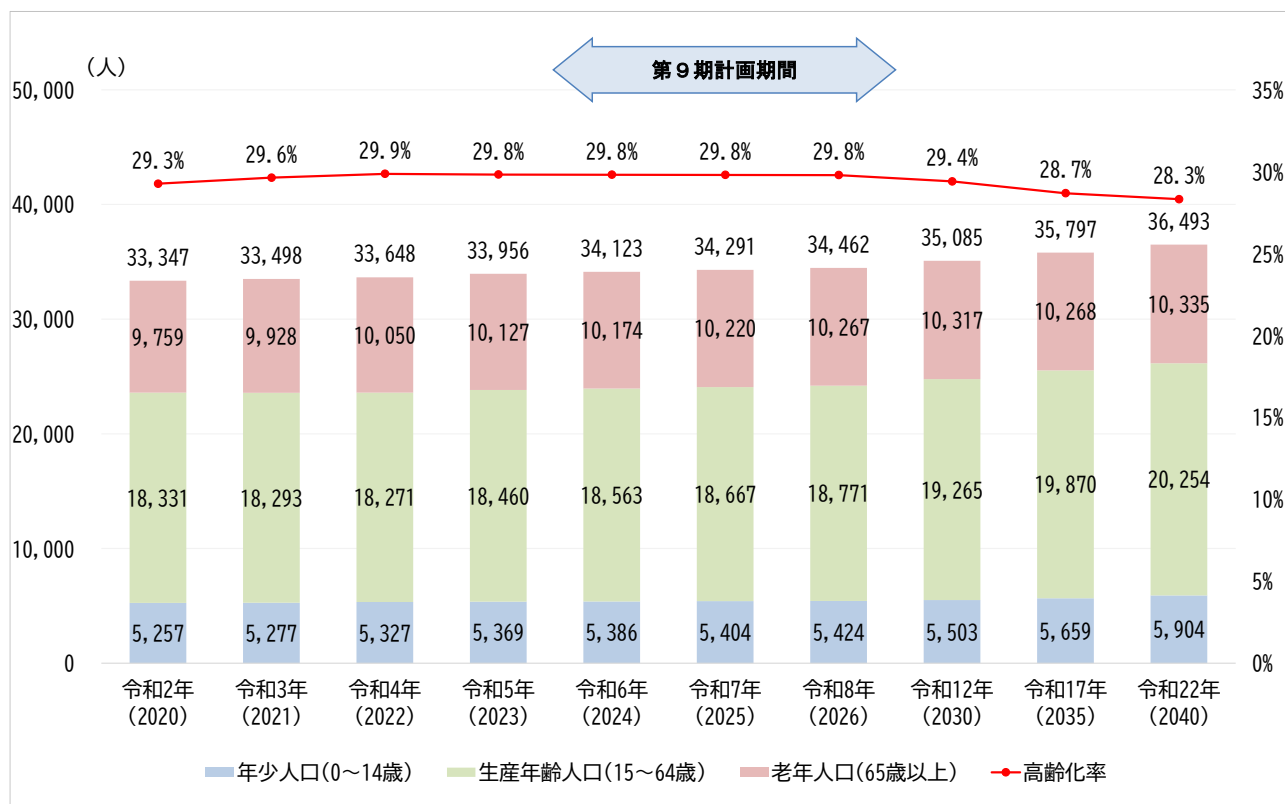
### 1 人口・世帯の状況

#### (1) 年齢3区分別人口構成の推移及び推計

本町の総人口は、令和5年9月末日で33,956人となっており、65歳以上の老年人口は10,127人、総人口に占める割合は29.8%となっています。

コーホート変化率法<sup>\*</sup>による推計によると、総人口は増加し続け、令和22年には総人口36,493人、高齢化率28.3%となることが予測されています。

<sup>\*</sup>コーホート変化率法：過去における実績人口の動勢から「変化率」を求め、それに基づき将来人口を推計する方法

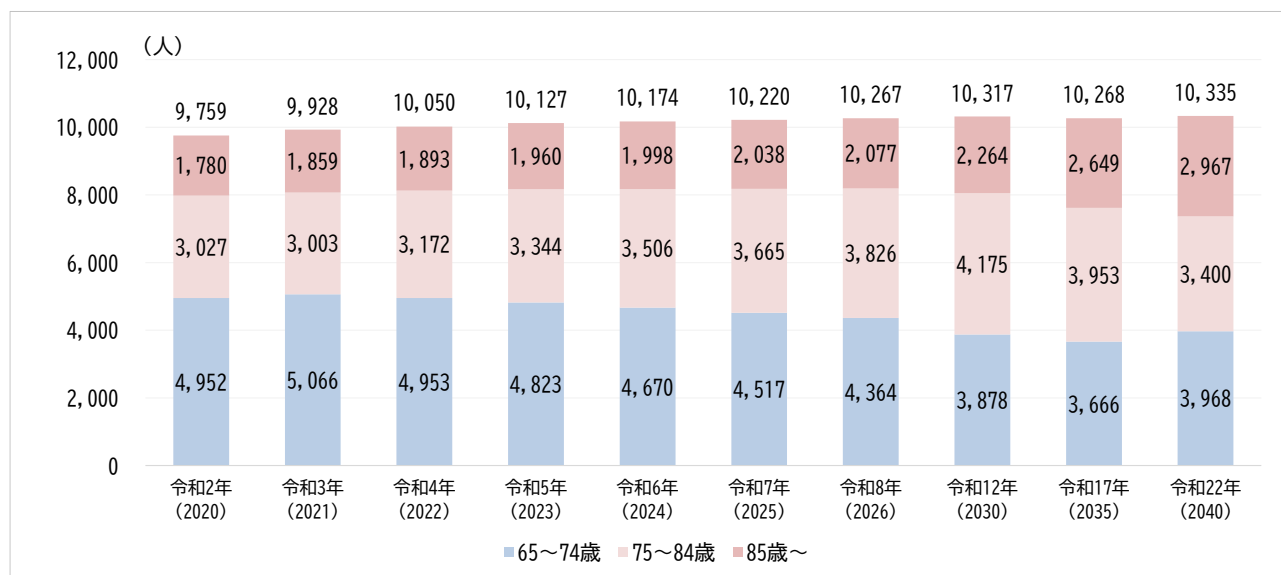


出典：住民基本台帳（令和2年～令和5年：9月末日）、コーホート変化率法による推計値（令和6年～）

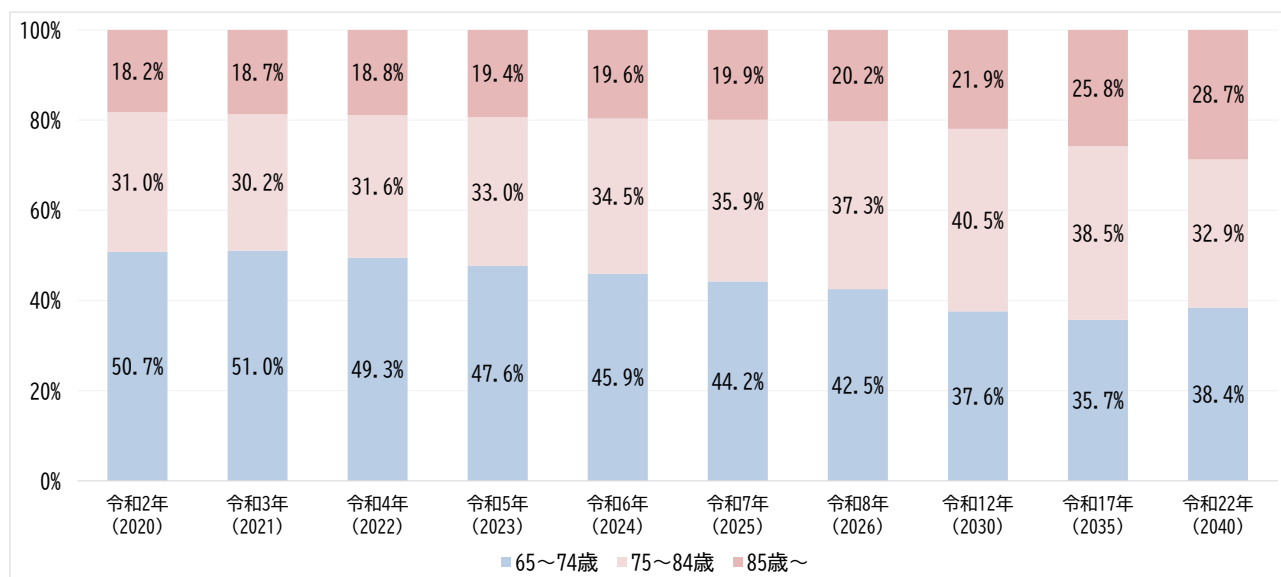
(2) 高齢者年齢3区分別人口、構成の推移及び推計

75歳以上の後期高齢者が増加していく推計となっており、令和22年の後期高齢者は6,367人、構成割合は61.6%となることが予測されています。

【高齢者年齢3区分人口】



【高齢者年齢3区分構成割合】



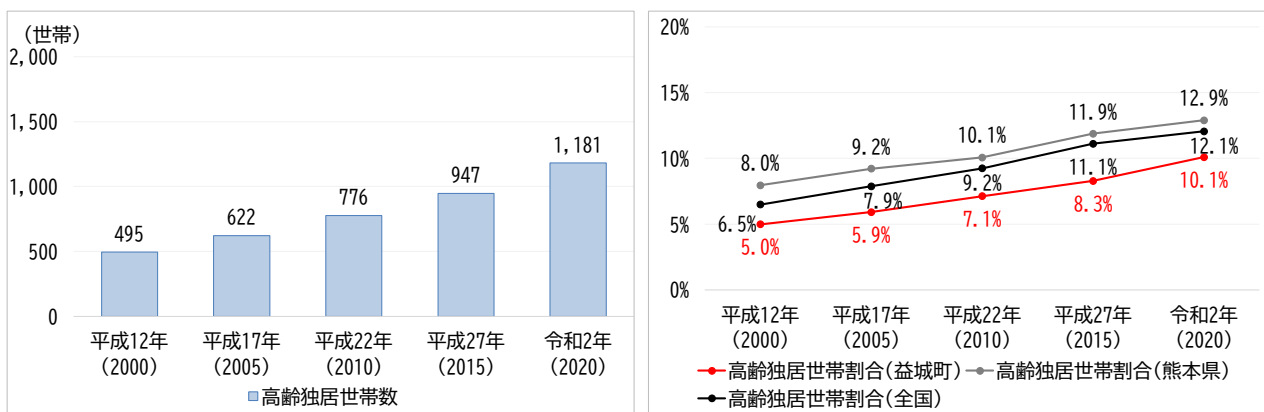
出典：住民基本台帳（令和2年～令和5年：9月末日）、コーホート変化率法による推計値（令和6年～）

### (3) 高齢者世帯の推移

#### ① 高齢独居世帯の状況

本町の高齢独居世帯数は、令和2年で1,181世帯となっています。

高齢独居世帯割合は、令和2年で10.1%となっており、全国、熊本県平均と比較し低い状況ですが、増加傾向にあります。

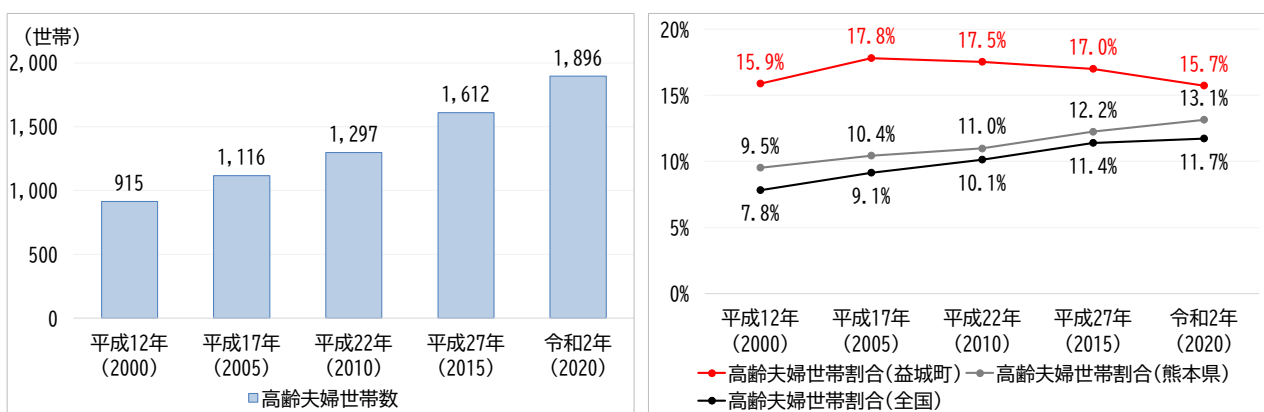


出典：国勢調査

#### ② 高齢夫婦世帯の状況

本町の高齢夫婦世帯数（夫65歳以上、妻60歳以上の夫婦のみの世帯数）は令和2年で1,896世帯となっており、平成12年と比較し2倍以上となっています。

高齢夫婦世帯割合は令和2年で15.7%となっており、全国、熊本県平均と比較し高くなっています。



出典：国勢調査

## 2 高齢者の就業状況

令和2年の高齢者の就業者数は、平成27年と比べて増えており、高齢者人口に占める就業者の割合も4.4ポイント増加しています。

総就業者に占める高齢者就業者の割合は、16.2%で、県とほぼ同水準となっており、高齢者の4人に1人が就労している状況です。

高齢者の就業を産業分類別にみると、第1次産業が22.63%、第2次産業が20.65%、第3次産業が53.33%となっています。

業種別総数に占める割合でみると、第1次産業の「農業」に従事する高齢者の割合が約5割と高くなっています。

	総就業者数 (A)	65歳以上人口 (B)	65歳以上の就業者数			就業者に占める高齢者の割合 (C/A)	高齢者人口に占める就業者の割合 (C/B)
			(C)	65～74歳	75歳以上		
平成27年	15,749	8,981	1,889	1,493	396	12.0%	21.0%
令和2年	15,290	9,742	2,479	2,050	429	16.2%	25.4%
令和2年(県)	819,259	540,538	139,366	108,564	30,802	17.0%	25.8%

産業分類別 令和2年		総就業者人口		65歳以上就業者人口		
		人数(A)	構成割合	人数(B)	構成割合	業種別総数に占める割合(B/A)
総数		15,290	100.0%	2,479	100.0%	
第1次	農業	1,088	7.12%	559	22.55%	51.4%
	林業	5	0.03%	1	0.04%	20.0%
	漁業	4	0.03%	1	0.04%	
	小計	1,097	7.17%	561	22.63%	
第2次	鉱業・採石業など	1	0.01%	0	0.00%	0.0%
	建設業	1,785	11.67%	360	14.52%	20.2%
	製造業	1,732	11.33%	152	6.13%	8.8%
	小計	3,518	23.01%	512	20.65%	
第3次	電気・ガス・熱供給・水道業	67	0.44%	8	0.32%	11.9%
	情報通信業	213	1.39%	7	0.28%	3.3%
	運輸・郵便業	711	4.65%	73	2.94%	10.3%
	卸売・小売業	2,355	15.40%	300	12.10%	12.7%
	金融・保険業	221	1.45%	30	1.21%	13.6%
	不動産業・物品賃貸業	285	1.86%	60	2.42%	21.1%
	学術研究・専門・技術サービス業	399	2.61%	89	3.59%	22.3%
	宿泊業・飲食サービス業	626	4.09%	69	2.78%	11.0%
	生活関連サービス業・娯楽業	552	3.61%	102	4.11%	18.5%
	教育・学習支援業	637	4.17%	60	2.42%	9.4%
	医療・福祉	2,494	16.31%	252	10.17%	10.1%
	複合サービス事業	134	0.88%	8	0.32%	6.0%
	サービス業(他に分類されないもの)	888	5.81%	205	8.27%	23.1%
	公務(他に分類されるものを除く)	870	5.69%	59	2.38%	6.8%
小計	10,452	68.36%	1,322	53.33%		
分類不能		223	1.46%	84	3.39%	37.7%

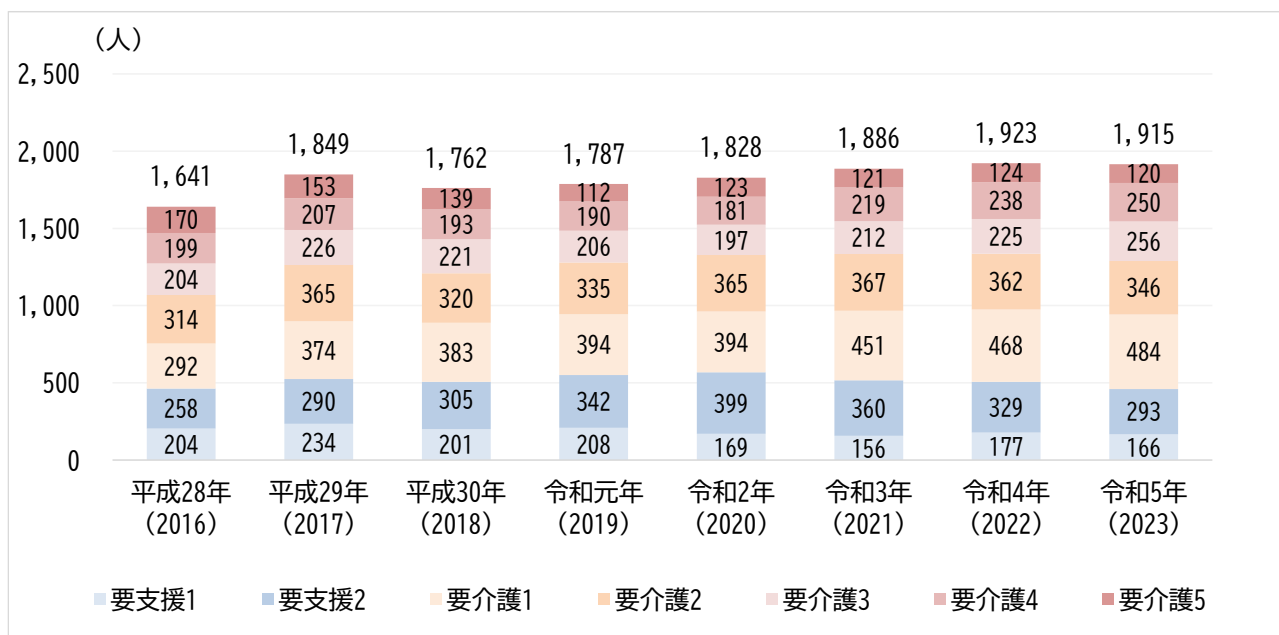


### 3 要介護（要支援）認定者等の状況

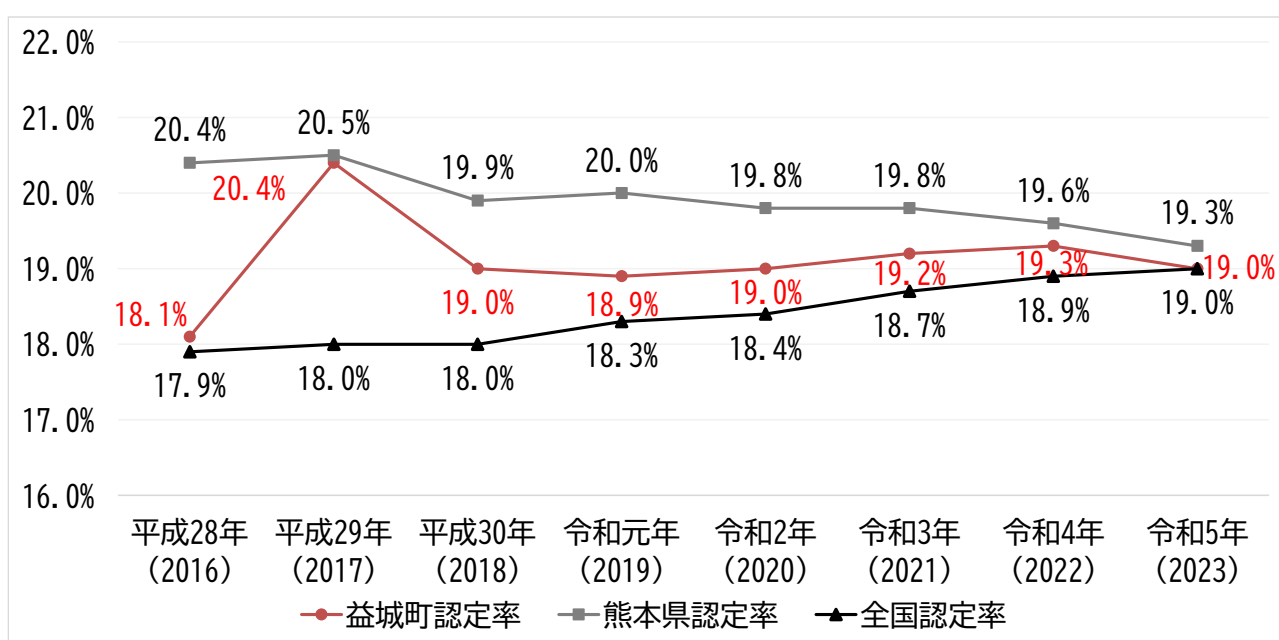
#### (1) 要介護（要支援）認定者数の推移

令和5年3月時点での本町の要介護（要支援）認定者は1,915人、第1号被保険者に占める要介護認定率は19.0%で、熊本地震が発生した翌年（平成29年）の20.4%をピークに19%前後で推移しています。

今後、後期高齢者が増加することによって、要介護認定者数・認定率の上昇が推測されます。



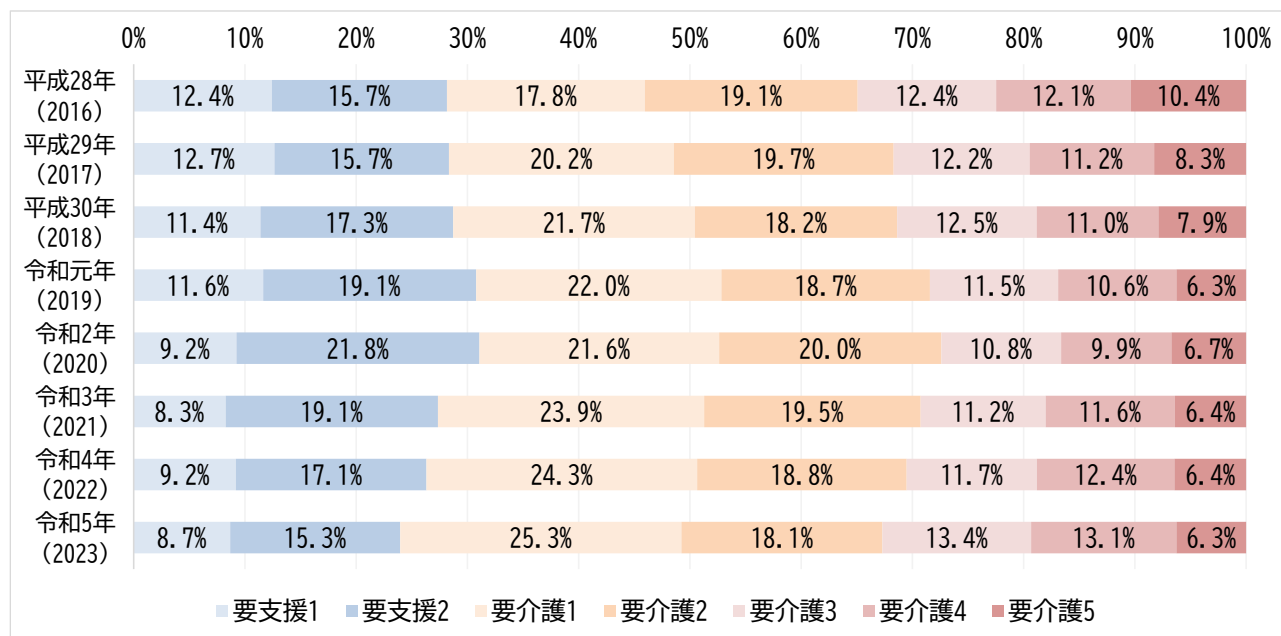
出典：介護保険事業状況報告（年報）、令和5年のみ3月月報



出典：介護保険事業状況報告（年報）、令和5年のみ3月月報

### (2) 要介護度別認定者割合の推移

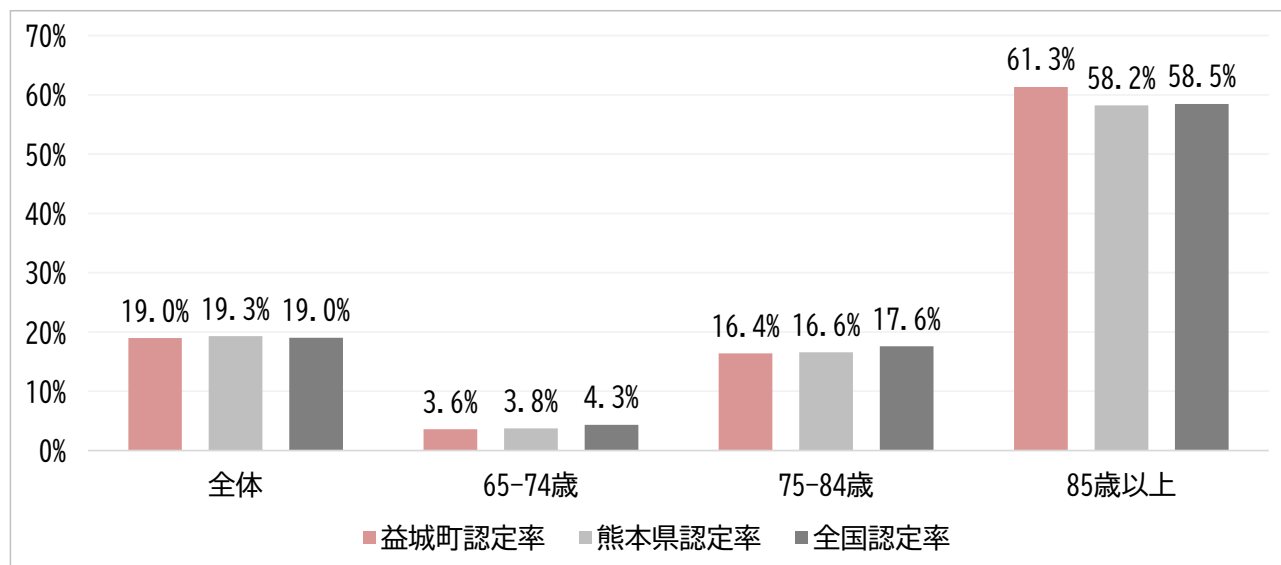
令和5年3月時点での本町の要介護度別認定者割合をみると、軽度（要支援1～要介護2）の認定者が67.4%、重度（要介護3～5）32.8%となっています。



出典：介護保険事業状況報告（年報）、令和5年のみ3月月報

### (3) 年齢3区分別認定者割合

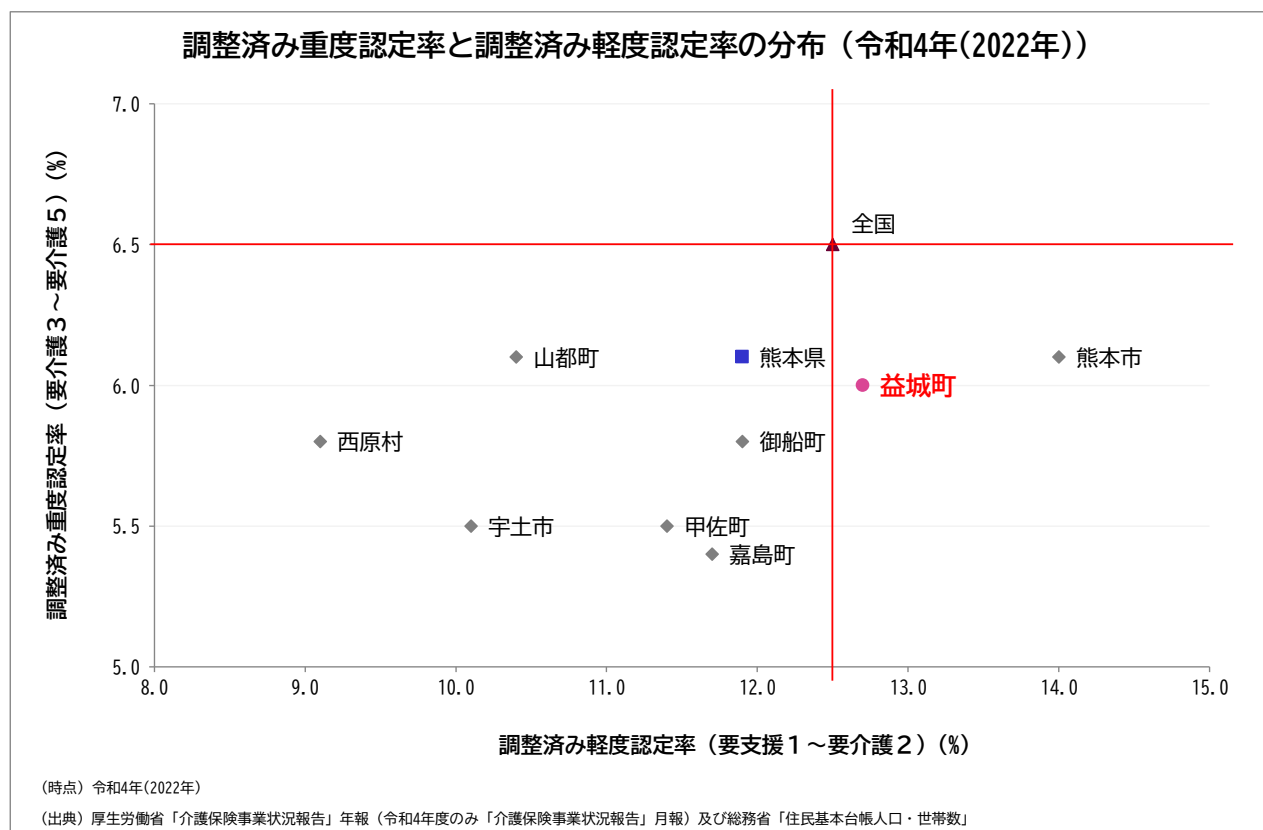
令和5年3月末日現在での年齢3区分別認定者割合は、65～74歳が3.6%、75～84歳が16.4%、85歳以上が61.3%で、85歳以上で全国、熊本県平均を上回っています。



出典：介護保険事業状況報告（令和5年3月月報）

#### (4) 調整済み重度認定率と軽度認定率の分布

本町の調整済み「軽度（要支援1～要介護2）認定率」と「重度（要介護3～要介護5）認定率」の状況をみると、重度認定率は全国、熊本県平均を下回っていますが、軽度認定率は全国、熊本県平均を上回っています。



出典：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

※ 調整済み認定率指標は、「どの地域も全国平均と全く同じ第1号被保険者の性・年齢構成である」と仮定した上で算出しているため、実際の認定率の分布状況とは異なります。

※ 調整済み認定率とは、認定率の大小に大きな影響を及ぼす「第1号被保険者の性・年齢別人口構成」の影響を除外した認定率を意味します。

一般的に後期高齢者の認定率は前期高齢者のそれよりも高くなるのがわかっています。第1号被保険者の性・年齢別人口構成が、どの地域も、ある地域又は全国平均の1時点と同じになるよう調整することで、それ以外の要素の認定率への影響について、地域間・時系列で比較がしやすくなります。後期高齢者の割合が高い地域の認定率は、調整することで下がります。

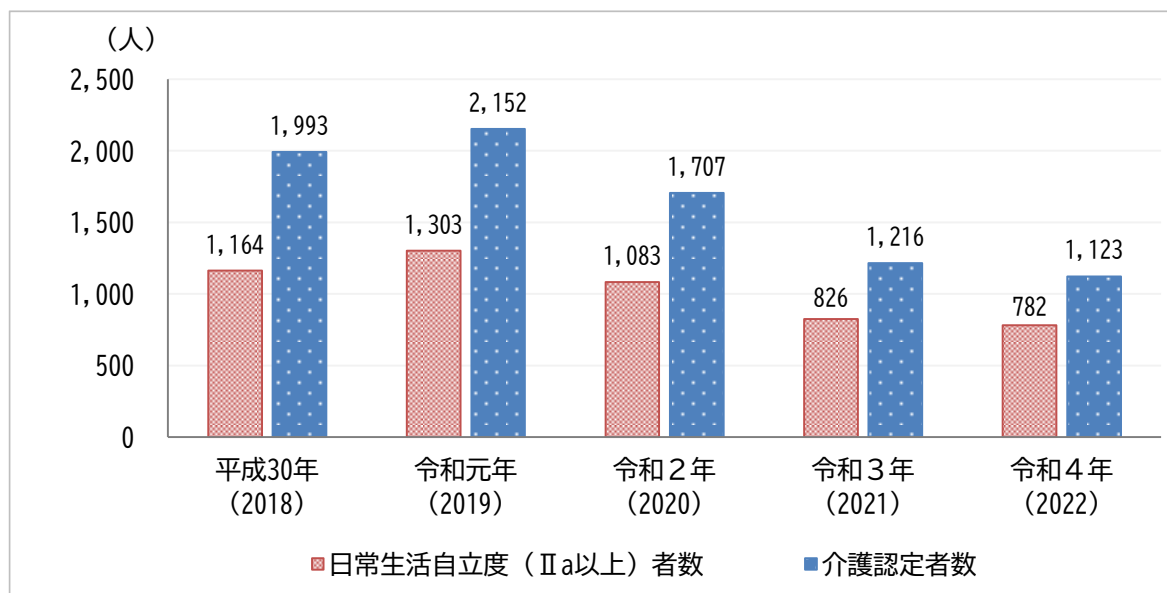
## 4 要介護（要支援）認定者における認知症高齢者の状況

### （1）認知症高齢者の推移

令和4年の要介護（要支援）認定者における認知症高齢者（要介護区分別認知症日常生活自立度Ⅱa以上）は782人で、平成30年の1,164人から382人減少しています。

令和4年10月の要介護区分別認知症日常生活自立度をみると、「自立」が67人、ほぼ自立の「Ⅰ」が274人となっています。

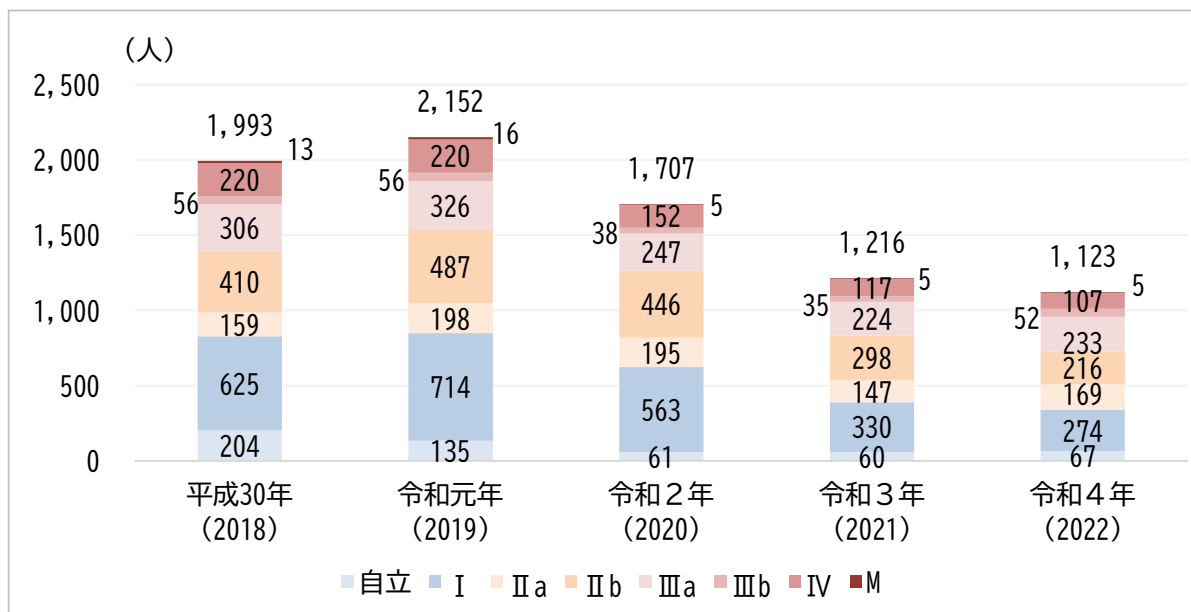
また、誰かが注意していれば自立ができる「Ⅱa」が169人、「Ⅱb」が216人、介護を必要とする「Ⅲa」が233人、「Ⅲb」が52人、常に介護を必要とする「Ⅳ」が107人、専門医療を必要とする「M」が5人となっています。



出典：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

※要介護認定者数について、13頁は「介護保険事業状況報告（年報）」、16頁は「介護保険総合データベース」が出典となっており集計方法の違いから、数値が異なります。特に令和3年以降、自動更新されている方が増加し、介護保険総合データベース上反映されていないため、要介護認定者数の乖離が大きくなっています。

【要介護（要支援）認定者における日常生活自立度の状況】



出典：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

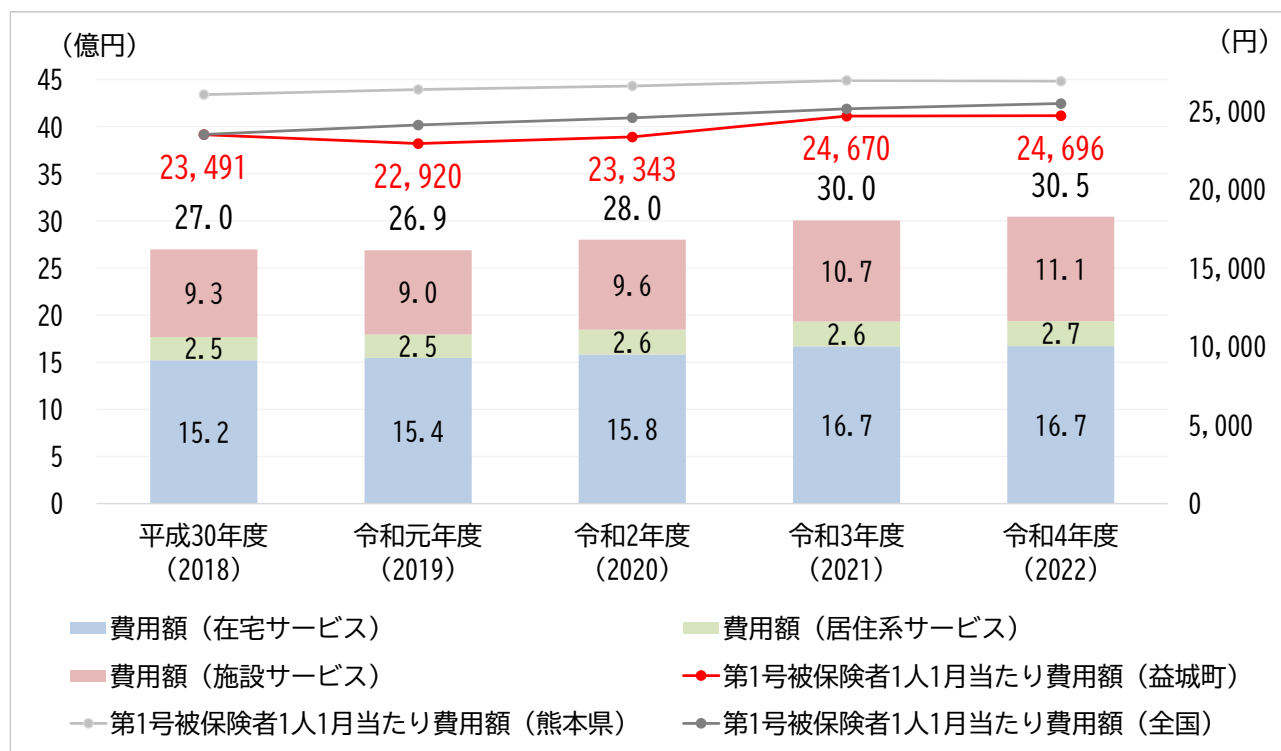
【日常生活自立度判定基準】

自立度	判定基準
I	何等かの認知症は有するが、日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している
IIa	家庭外で日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる
IIb	家庭内でも日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる
IIIa	日中を中心として、日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする
IIIb	夜間を中心として、日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする
IV	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする
M	著しい精神症状や問題行為あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする

### 5 介護費用額及び第1号被保険者1人1月当たり費用額の推移

本町の令和4年度の介護費用額は、30.5億円となっています。また、第1号被保険者1人1月当たり費用額は24,696円で全国、熊本県平均を下回っています。

しかしながら、介護保険制度創設時の平成12年の12.1億円と比較し、約2.5倍となっています。



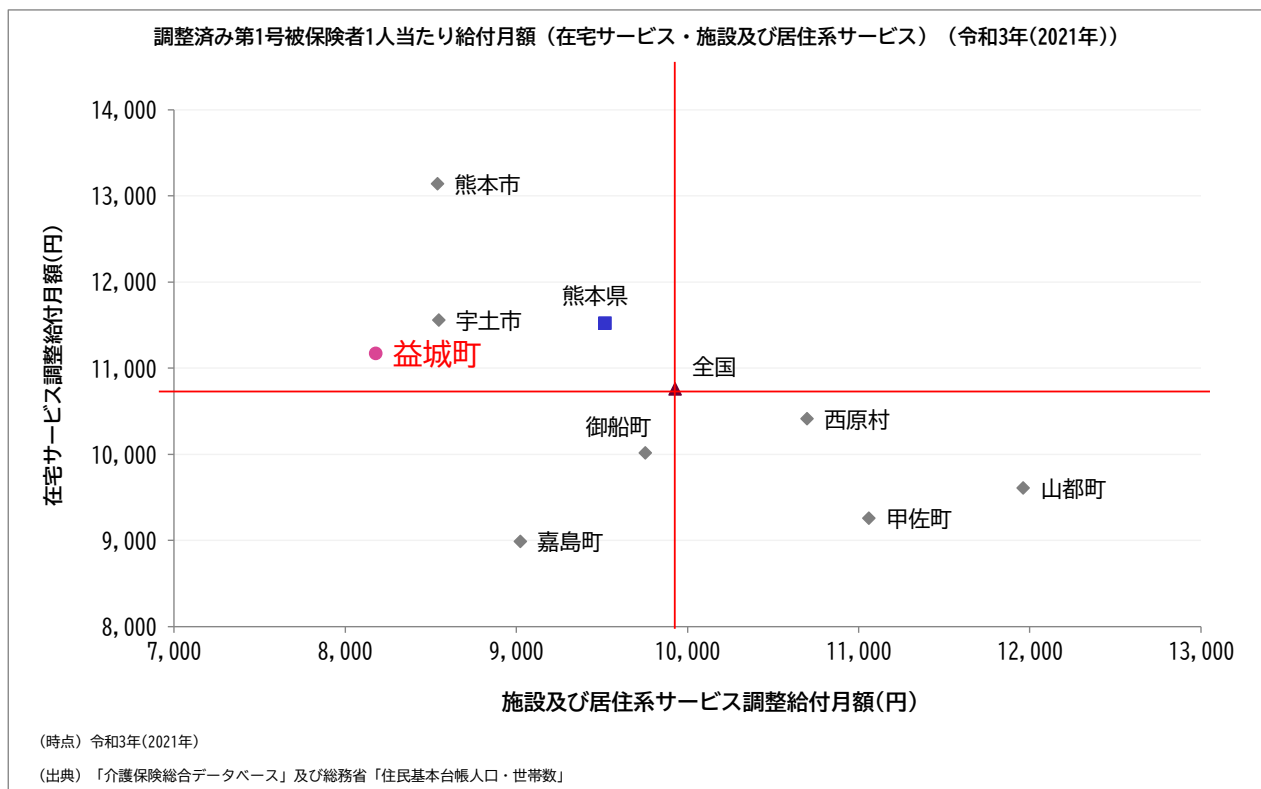
出典：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

※「施設サービス」、「居住系サービス」、「在宅サービス」の内訳

指標名	含まれるサービス
施設サービス	介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設
居住系サービス	認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護
在宅サービス	訪問介護、訪問看護、訪問入浴介護、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、特定福祉用具購入費、住宅改修費、介護予防支援・居宅介護支援、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護

## 6 第1号被保険者1人当たり給付月額の分布

本町の調整済み第1号被保険者1人当たり給付月額をみると、施設及び居住系サービスは全国平均を下回っていますが、在宅サービスは全国平均を上回っています。



出典：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

※ 調整済み認定率指標は、「どの地域も全国平均と全く同じ第1号被保険者の性・年齢構成である」と仮定した上で算出しているため、実際の認定率の分布状況とは異なります。

※ 第1号被保険者に占める後期高齢者の割合が全国平均よりも高い地域は、調整を行っていない給付月額より調整済み給付月額が低くなる傾向があります。

## 7 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果

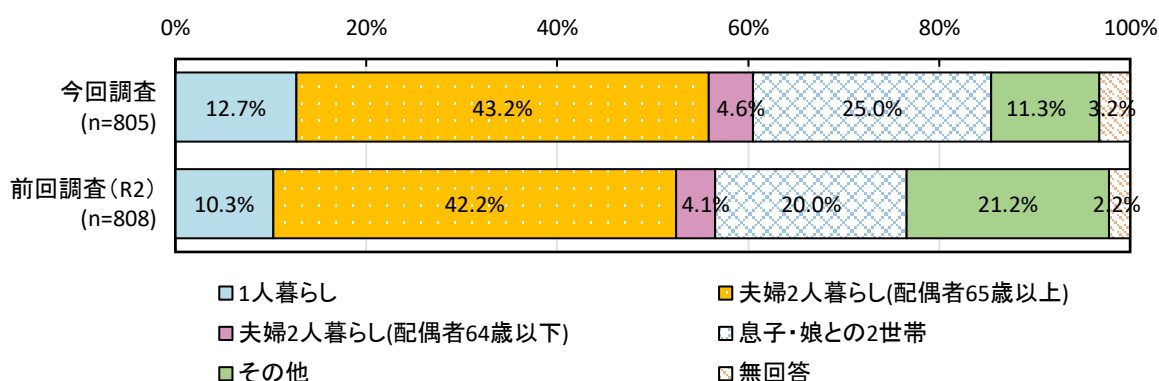
※単一回答における構成比(%)は、百分比の小数点第2位を四捨五入しているため、合計は100%と一致しない場合があります。

※構成比(%)は、回答人数を分母として算出しています。

※表記中のnは、回答者数を表しています。

### (1) 家族構成

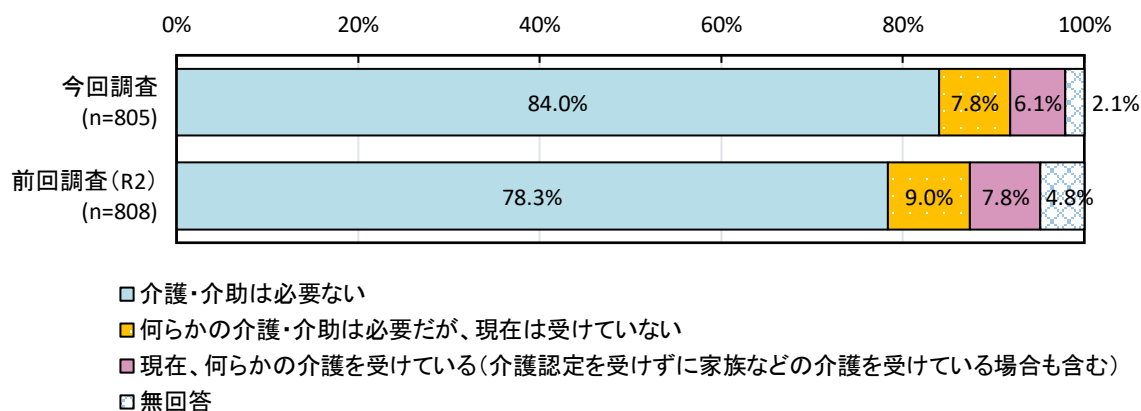
「夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)」が43.2%で最も高く、次いで、「息子・娘との2世帯」25.0%、「1人暮らし」12.7%となっています。



### (2) 介護・介助の必要性

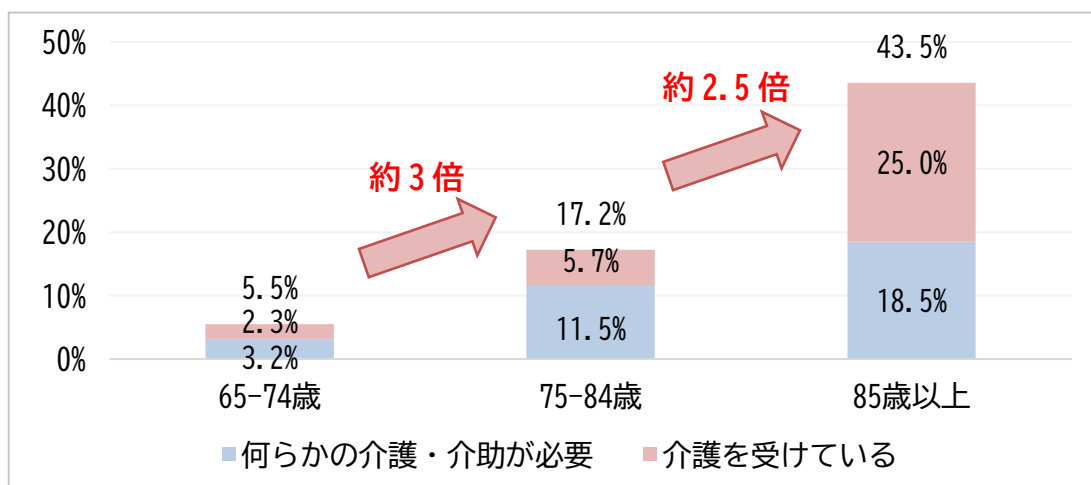
普段の生活での介護・介助の必要性については、「介護・介助は必要ない」84.0%が最も高く、次いで「何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない」7.8%、「現在、何らかの介護を受けている」6.1%となっています。

前回調査と比較すると、「介護・介助は必要ない」は5.7ポイント増加しています。





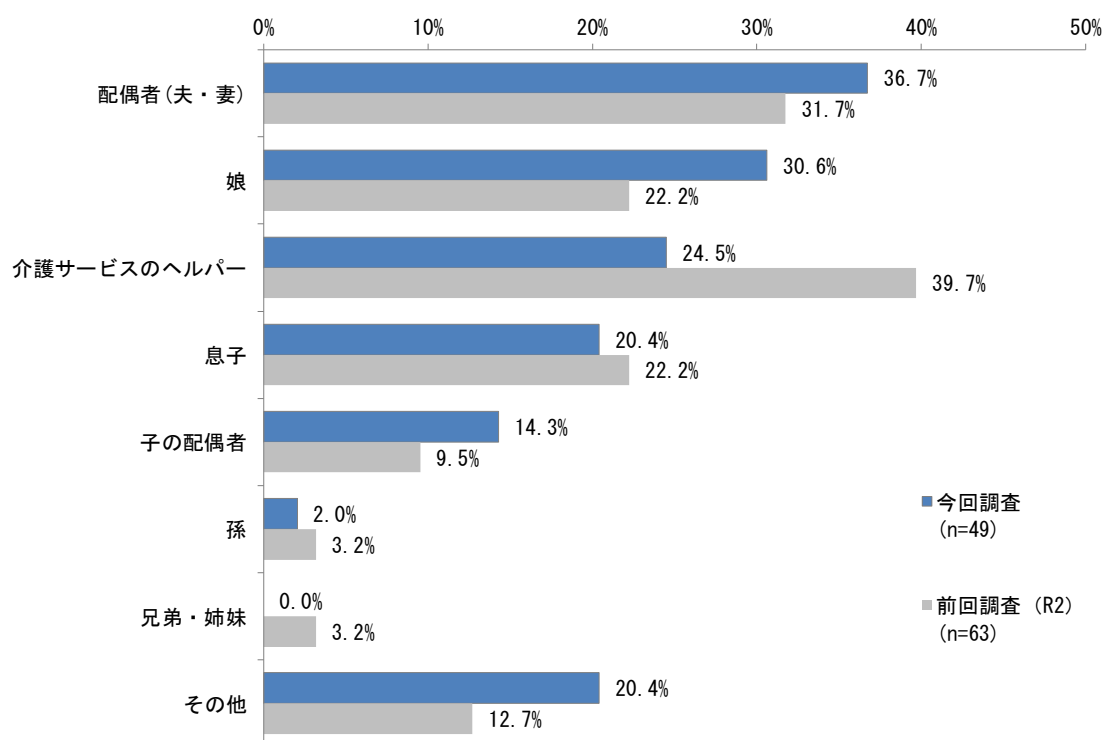
介護・介助の状況を年代別で見ると、加齢とともに介護・介助が必要となる割合が高くなっています。



### (3) 主な介護者

配偶者（夫・妻）36.7%が最も高く、次いで「娘」30.6%、「介護サービスのヘルパー」24.5%となっています。

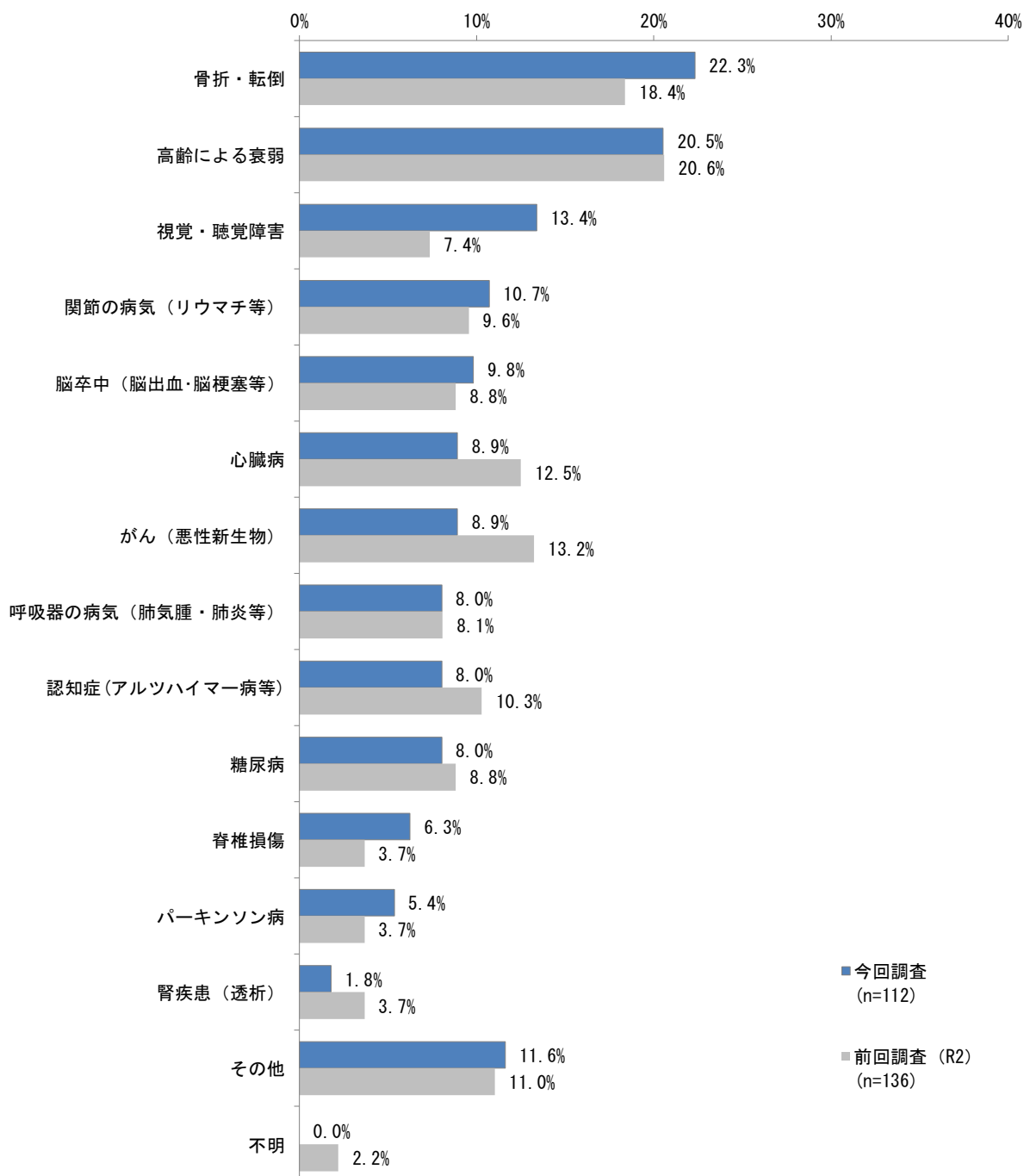
「介護サービスのヘルパー」は前回調査時よりも15.2ポイント減少し、「配偶者（夫・妻）」「娘」の割合がそれぞれ5%以上増加していることから、家族への介護負担が増えていると考えられます。



#### (4) 介護・介助が必要になった主な原因

「骨折・転倒」22.3%が最も高く、次いで「高齢による衰弱」20.5%、「視覚・聴覚障害」13.4%となっています。

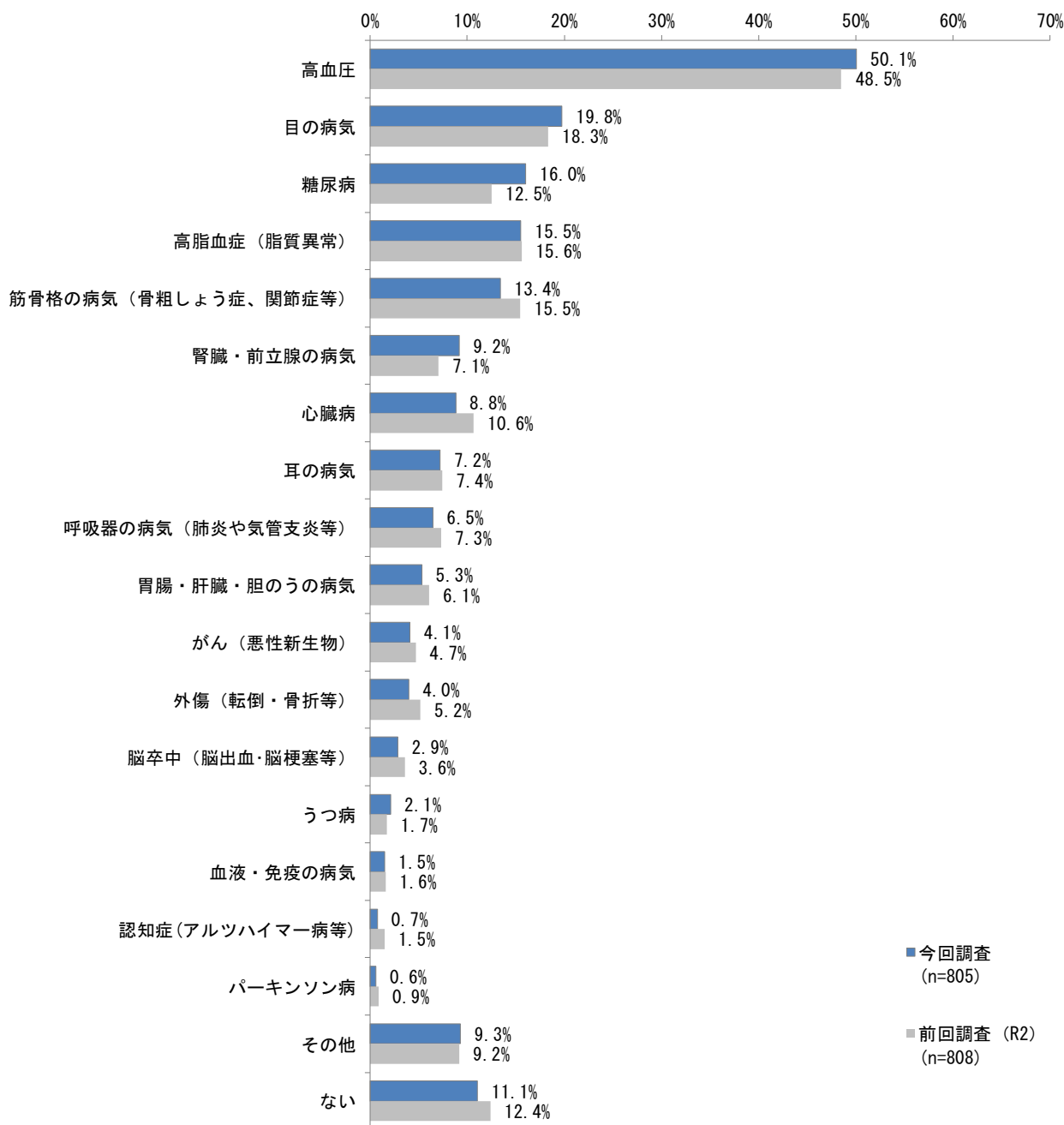
前回調査と比較すると、「心臓病」、「がん（悪性新生物）」はいずれも3ポイント以上減少した一方、「骨折・転倒」は3.9ポイント、「視覚・聴覚障害」は6ポイント増加しています。



(5) 現在治療中、又は後遺症のある病気（複数回答）

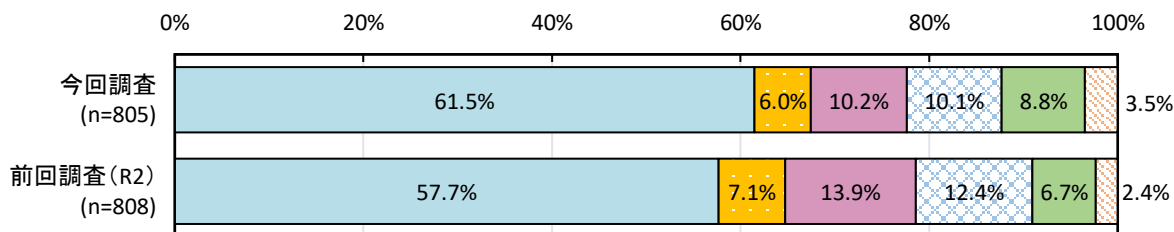
「高血圧」50.1%が最も高く、次いで「目の病気」19.8%、「糖尿病」16.0%となっています。

前回調査と比較すると、「高血圧」、「糖尿病」、「腎臓・前立腺の病気」、「目の病気」の割合が増加している一方、「ない」はわずかに減少しています。



**(6) だれかと食事を共にする機会があるか**

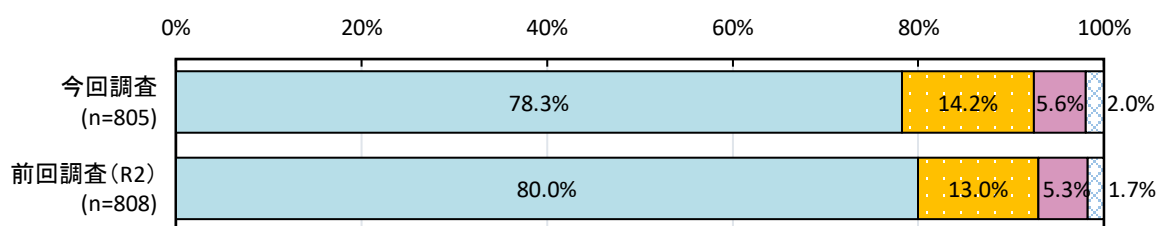
「ほとんどない」が8.8%で、前回調査と比較すると2.3ポイント増加しています。



□毎日ある □週に何度かある □月に何度かある □年に何度かある □ほとんどない □無回答

**(7) 自分で食品・日用品の買物をしているか**

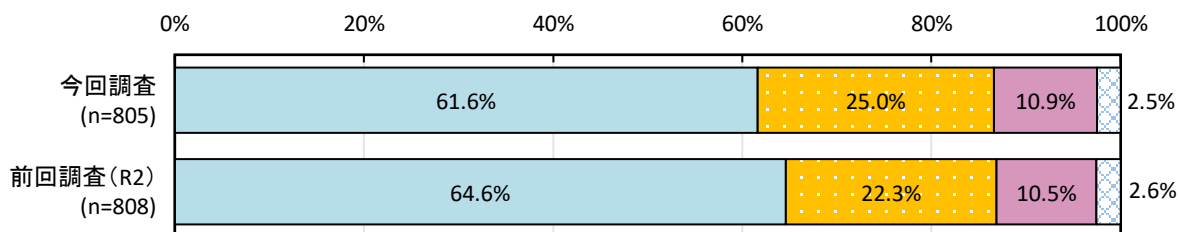
「できない」が5.6%となっており、「買物ニーズあり」と考えられます。前回調査と比較すると0.3ポイント増加しています。



□できるし、している □できるけどしていない □できない □無回答

**(8) 自分で食事の用意をしているか**

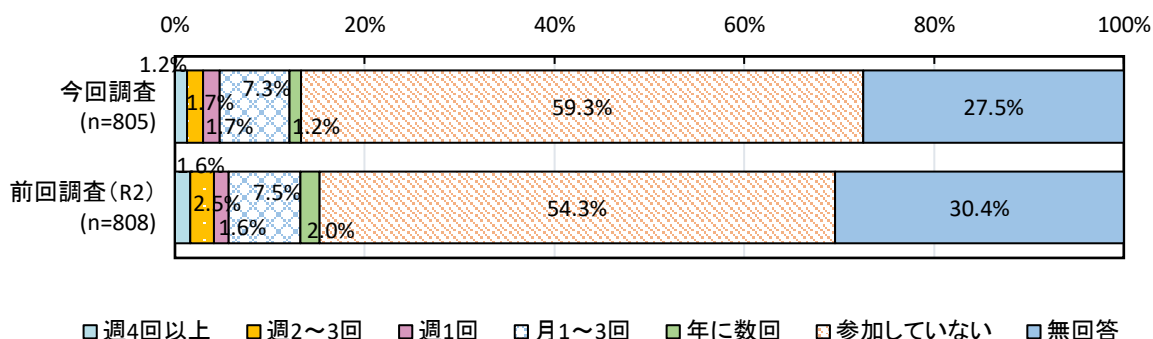
「できない」が10.9%となっており、「配食ニーズあり」と考えられます。前回調査と比較すると0.4ポイント増加しています。



□できるし、している □できるけどしていない □できない □無回答

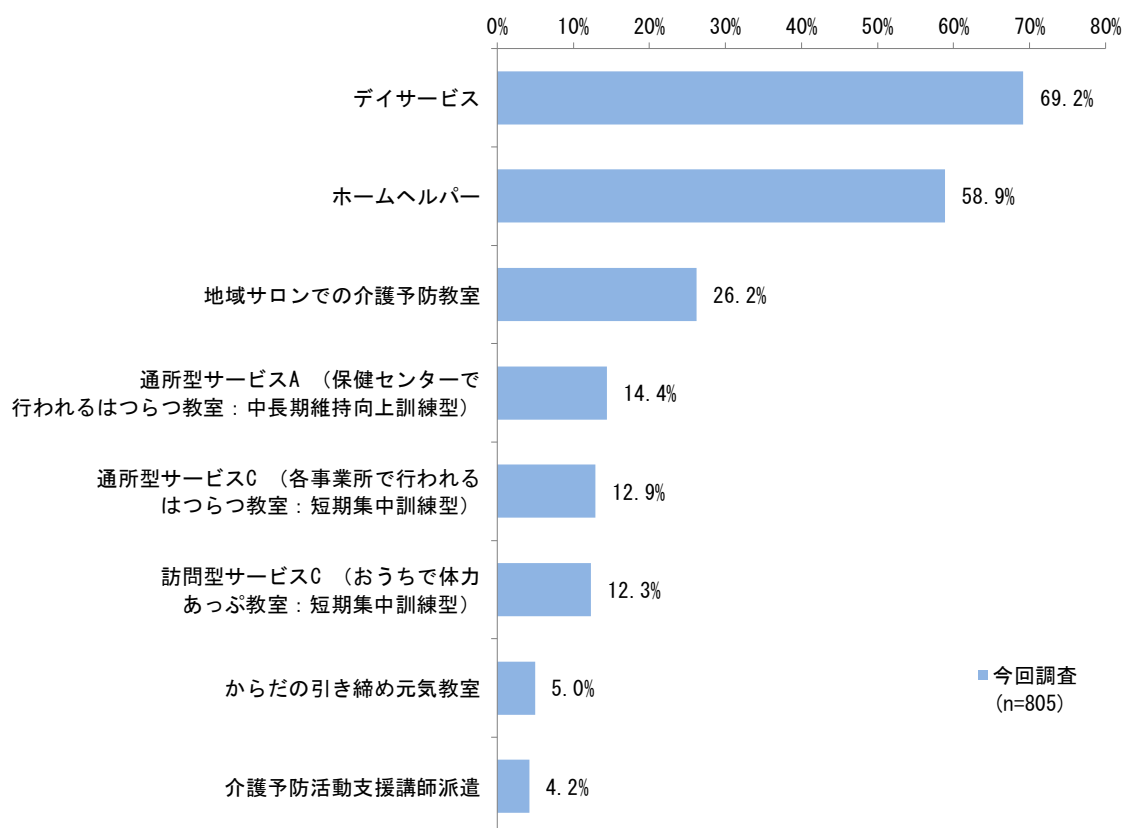
(9) 健康教室などの介護予防のための通いの場に参加しているか

「参加していない」が59.3%で、前回調査と比較すると5ポイント増加しています。



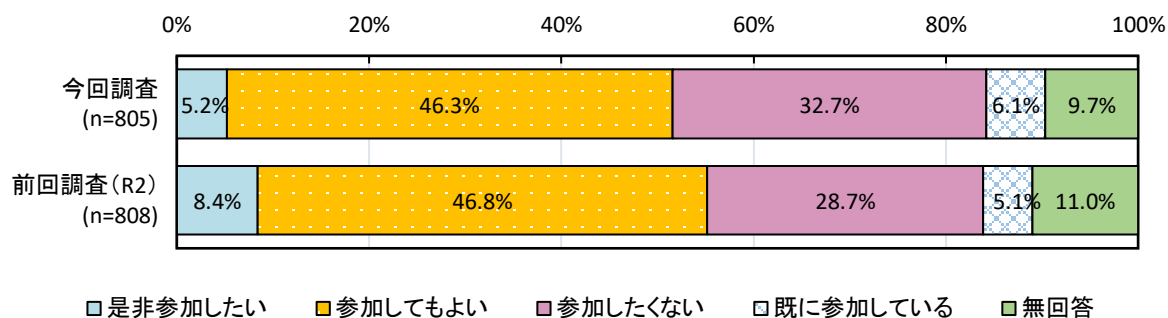
(10) 益城町で実施している介護予防事業の認知度（複数回答）

「デイサービス」69.2%が最も高く、次いで「ホームヘルパー」58.9%、「地域サロンでの介護予防教室」26.2%となっています。



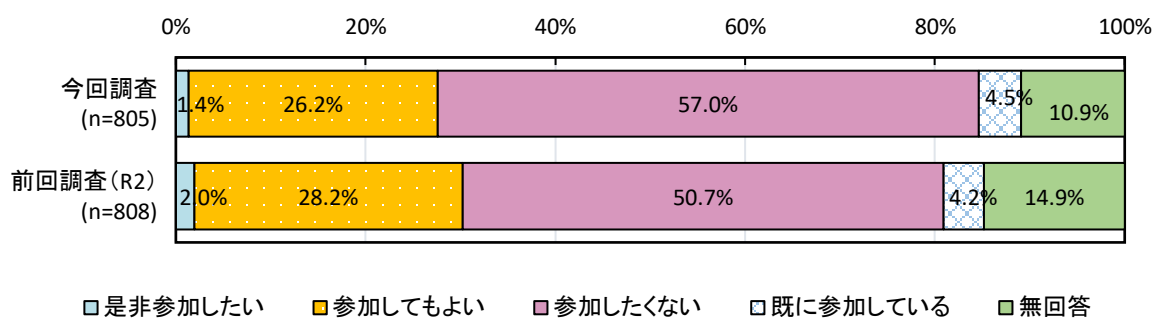
**(1 1) 住民主体のグループ活動への参加意向**

「既に参加している」が6.1%にとどまっております、「参加したくない」と回答した割合が前回調査よりも4.0ポイント高くなっていることから、活動への意欲の低下がうかがえます。



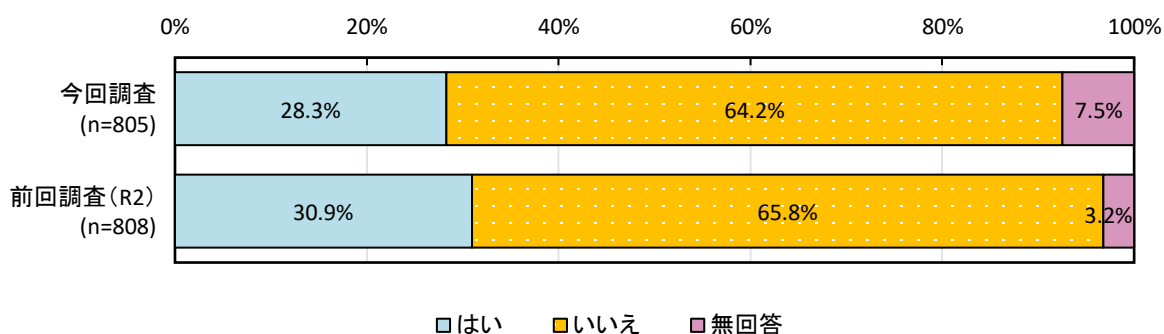
**(1 2) 住民主体のグループ活動での企画・運営（お世話役）役としての参加意向**

「既に参加している」が4.5%となっています。また、「是非参加したい」、「参加してもよい」の合計が27.6%で、前回調査と比較すると2.6ポイント減少しています。



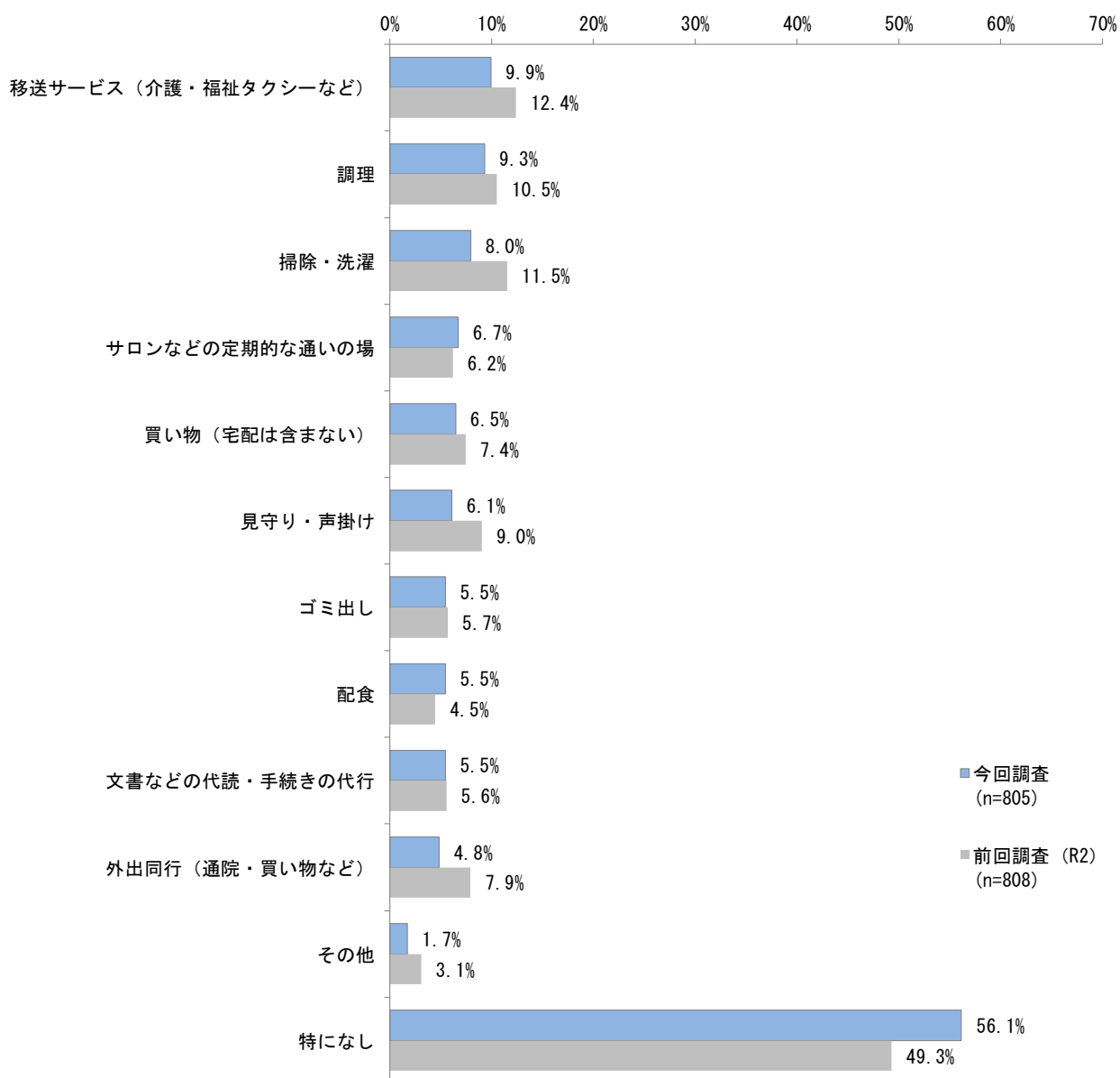
**(1 3) 認知症に関する相談窓口の認知度**

「はい」が28.3%で、前回調査と比較すると2.6ポイント減少しています。



(14) あったらいいと思う支援・サービス（複数回答）

「特になし」以外では、「移送サービス（介護・福祉タクシーなど）」が9.9%で最も高く、次いで、「調理」9.3%、「掃除・洗濯」8.0%となっています。

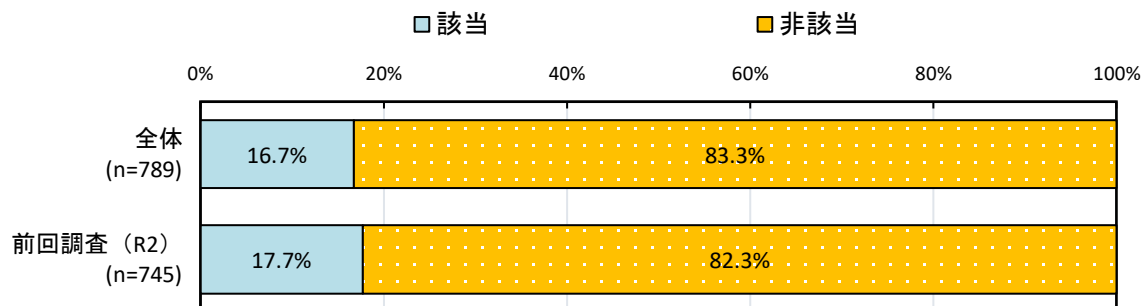


(15) 主な判定結果

① 運動器機能の低下

運動器機能の低下に該当する人の割合は、全体で 16.7%となっています。  
また、※一般高齢者が 13.5%、※総合事業該当者等が 72.1%となっています。

※総合事業該当者等は総合事業対象者、要支援 1 の方、要支援 2 の方、一般高齢者はそれ以外の方となります。以降、同様となります。



		合計	該当	非該当
全体		789	16.7%	83.3%
前回調査(R2)		745	17.7%	82.3%
男性	総数	376	12.2%	87.8%
	65-69歳	97	6.2%	93.8%
	70-74歳	114	7.9%	92.1%
	75-79歳	56	8.9%	91.1%
	80-84歳	62	14.5%	85.5%
	85歳以上	47	36.2%	63.8%
女性	総数	413	20.8%	79.2%
	65-69歳	86	5.8%	94.2%
	70-74歳	128	14.1%	85.9%
	75-79歳	83	20.5%	79.5%
	80-84歳	74	25.7%	74.3%
	85歳以上	42	64.3%	35.7%
区分	一般高齢者	746	13.5%	86.5%
	総合事業、要支援1.2	43	72.1%	27.9%
圏域	東部	376	18.9%	81.1%
	西部	413	14.8%	85.2%

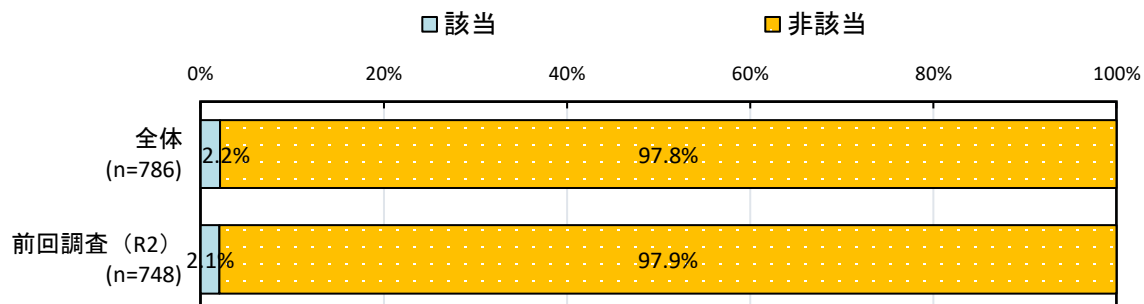
<判定基準>

問番号	設問内容	該当する選択肢
5問中3問該当で「該当」	2-(1) 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	3. できない
	2-(2) 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	3. できない
	2-(3) 15分位続けて歩いていますか	3. できない
	2-(4) 過去1年間に転んだ経験がありますか	1. 何度もある 2. 1度ある
	2-(5) 転倒に対する不安は大きいですか	1. とても不安である 2. やや不安である



② 低栄養状態

低栄養状態に該当する人の割合は、全体で 2.2%となっています。  
また、一般高齢者が 1.8%、総合事業該当者等が 9.1%となっています。



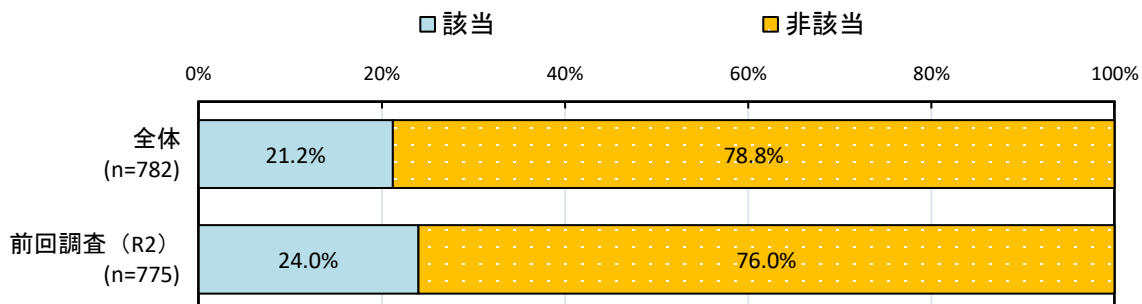
		合計	該当	非該当
全体		786	2.2%	97.8%
前回調査 (R2)		748	2.1%	97.9%
男性	総数	377	1.3%	98.7%
	65-69歳	99	1.0%	99.0%
	70-74歳	114	0.0%	100.0%
	75-79歳	57	0.0%	100.0%
	80-84歳	61	4.9%	95.1%
	85歳以上	46	2.2%	97.8%
女性	総数	409	2.9%	97.1%
	65-69歳	85	1.2%	98.8%
	70-74歳	128	1.6%	98.4%
	75-79歳	81	3.7%	96.3%
	80-84歳	74	5.4%	94.6%
	85歳以上	41	4.9%	95.1%
区分	一般高齢者	742	1.8%	98.2%
	総合事業、要支援1.2	44	9.1%	90.9%
圏域	東部	373	1.3%	98.7%
	西部	413	2.9%	97.1%

<判定基準>

2問該当で「該当」	問番号	設問内容	該当する選択肢
	3-(1)	身長・体重	BMI18.5以下
	3-(7)	6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. 減少があった

③ 口腔機能の低下

口腔機能の低下に該当する人の割合は、全体で 21.2%となっています。  
また、一般高齢者が 19.9%、総合事業該当者等が 44.2%となっています。



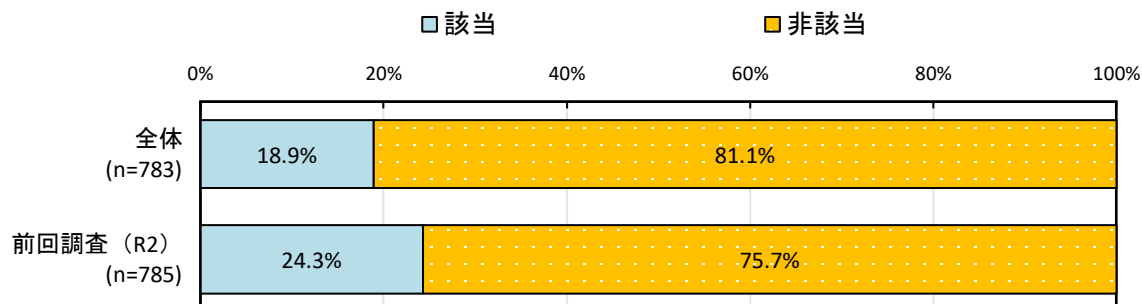
		合計	該当	非該当
全体		782	21.2%	78.8%
前回調査 (R2)		775	24.0%	76.0%
男性	総数	376	19.7%	80.3%
	65-69歳	97	13.4%	86.6%
	70-74歳	115	18.3%	81.7%
	75-79歳	55	18.2%	81.8%
	80-84歳	62	22.6%	77.4%
	85歳以上	47	34.0%	66.0%
女性	総数	406	22.7%	77.3%
	65-69歳	84	14.3%	85.7%
	70-74歳	127	15.7%	84.3%
	75-79歳	80	27.5%	72.5%
	80-84歳	74	25.7%	74.3%
	85歳以上	41	46.3%	53.7%
区分	一般高齢者	739	19.9%	80.1%
	総合事業、要支援1.2	43	44.2%	55.8%
圏域	東部	369	23.0%	77.0%
	西部	413	19.6%	80.4%

<判定基準>

3問中2問該当	問番号	設問内容	該当する選択肢
	3-(2)	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい
	3-(3)	お茶やお汁物等でむせることがありますか	1. はい
	3-(4)	口の渇きが気になりますか	1. はい

④ 閉じこもり傾向

閉じこもり傾向に該当する人の割合は、全体で 18.9%となっています。  
また、一般高齢者が 17.2%、総合事業該当者等が 48.8%となっています。



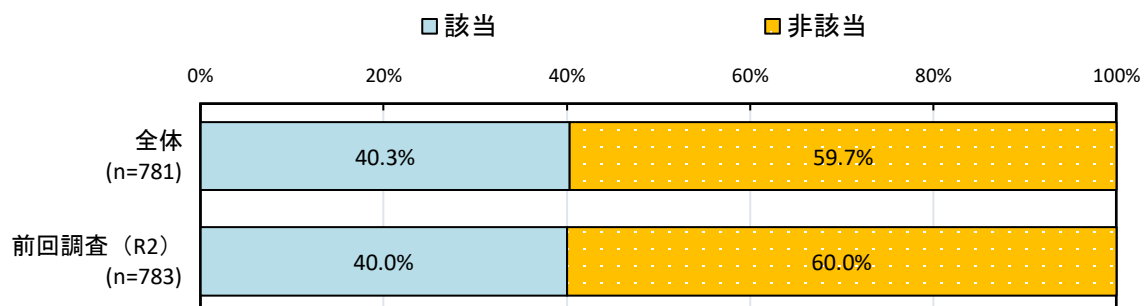
		合計	該当	非該当
全体		783	18.9%	81.1%
前回調査(R2)		785	24.3%	75.7%
男性	総数	374	15.8%	84.2%
	65-69歳	97	12.4%	87.6%
	70-74歳	114	9.6%	90.4%
	75-79歳	55	16.4%	83.6%
	80-84歳	62	22.6%	77.4%
	85歳以上	46	28.3%	71.7%
女性	総数	409	21.8%	78.2%
	65-69歳	86	10.5%	89.5%
	70-74歳	128	10.2%	89.8%
	75-79歳	81	21.0%	79.0%
	80-84歳	72	34.7%	65.3%
	85歳以上	42	59.5%	40.5%
区分	一般高齢者	740	17.2%	82.8%
	総合事業、要支援1.2	43	48.8%	51.2%
圏域	東部	372	21.8%	78.2%
	西部	411	16.3%	83.7%

<判定基準>

問番号	設問内容	該当する選択肢
2-(6)	週に1回以上は外出していますか	1. ほとんど外出しない 2. 週1回

⑤ 認知機能の低下

認知機能の低下に該当する人の割合は、全体で 40.3%となっています。  
また、一般高齢者が 39.3%、総合事業該当者等が 57.8%となっています。



		合計	該当	非該当
全体		781	40.3%	59.7%
前回調査 (R2)		783	40.0%	60.0%
男性	総数	371	36.7%	63.3%
	65-69歳	99	21.2%	78.8%
	70-74歳	111	37.8%	62.2%
	75-79歳	55	40.0%	60.0%
	80-84歳	60	46.7%	53.3%
	85歳以上	46	50.0%	50.0%
女性	総数	410	43.7%	56.3%
	65-69歳	85	37.6%	62.4%
	70-74歳	129	38.0%	62.0%
	75-79歳	81	40.7%	59.3%
	80-84歳	75	50.7%	49.3%
	85歳以上	40	67.5%	32.5%
区分	一般高齢者	736	39.3%	60.7%
	総合事業、要支援1.2	45	57.8%	42.2%
圏域	東部	370	38.1%	61.9%
	西部	411	42.3%	57.7%

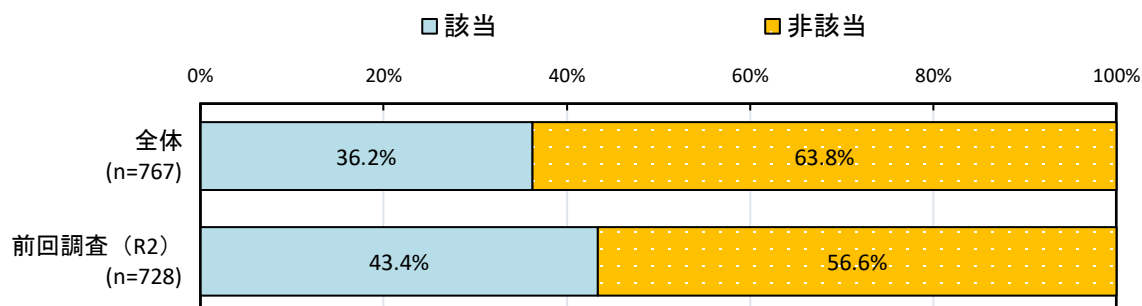
<判定基準>

問番号	設問内容	該当する選択肢
4-(1)	物忘れが多いと感じますか	1. はい

⑥ うつ傾向

うつ傾向に該当する人の割合は、全体で 36.2%となっています。

また、一般高齢者が 35.2%、総合事業該当者等が 54.8%となっています。



		合計	該当	非該当
全体		767	36.2%	63.8%
前回調査 (R2)		728	43.4%	56.6%
男性	総数	366	29.2%	70.8%
	65-69歳	97	21.6%	78.4%
	70-74歳	111	28.8%	71.2%
	75-79歳	56	39.3%	60.7%
	80-84歳	58	27.6%	72.4%
	85歳以上	44	36.4%	63.6%
女性	総数	401	42.6%	57.4%
	65-69歳	84	41.7%	58.3%
	70-74歳	128	36.7%	63.3%
	75-79歳	78	47.4%	52.6%
	80-84歳	71	47.9%	52.1%
	85歳以上	40	45.0%	55.0%
区分	一般高齢者	725	35.2%	64.8%
	総合事業、要支援1.2	42	54.8%	45.2%
圏域	東部	361	37.1%	62.9%
	西部	406	35.5%	64.5%

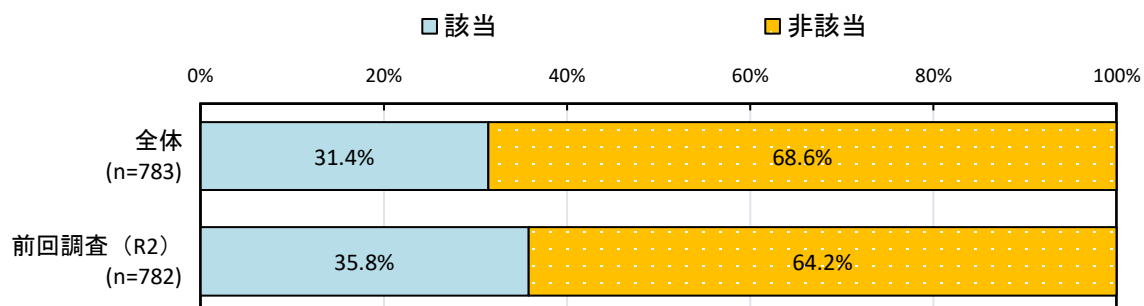
<判定基準>

1問該当	問番号	設問内容	該当する選択肢
「1問該当」	7-(3)	この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか	1. はい
	7-(4)	この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか	1. はい

⑦ 転倒リスク

転倒リスクに該当する人の割合は、全体で31.4%となっています。

また、一般高齢者が29.6%、総合事業該当者等が62.8%となっています。



		合計	該当	非該当
全体		783	31.4%	68.6%
前回調査 (R2)		782	35.8%	64.2%
男性	総数	373	29.2%	70.8%
	65-69歳	97	16.5%	83.5%
	70-74歳	113	29.2%	70.8%
	75-79歳	55	30.9%	69.1%
	80-84歳	61	32.8%	67.2%
	85歳以上	47	48.9%	51.1%
女性	総数	410	33.4%	66.6%
	65-69歳	86	25.6%	74.4%
	70-74歳	127	33.1%	66.9%
	75-79歳	83	27.7%	72.3%
	80-84歳	72	38.9%	61.1%
	85歳以上	42	52.4%	47.6%
区分	一般高齢者	740	29.6%	70.4%
	総合事業、要支援1.2	43	62.8%	37.2%
圏域	東部	371	32.9%	67.1%
	西部	412	30.1%	69.9%

<判定基準>

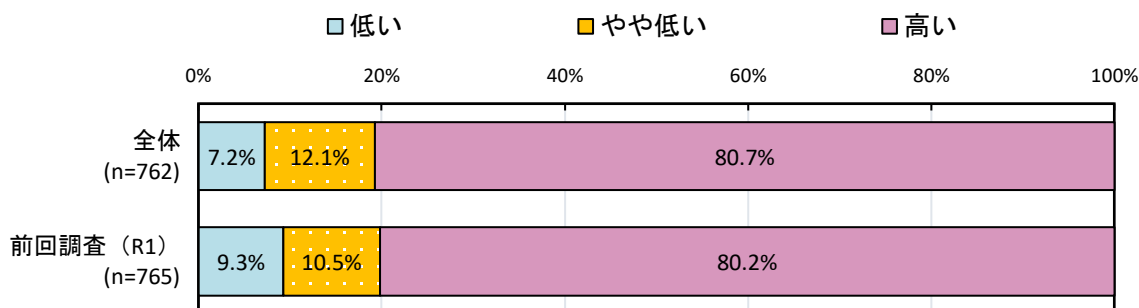
問番号	設問内容	該当する選択肢
2-(4)	過去1年間に転んだ経験がありますか	1. 何度もある 2. 1度ある

⑧ IADL（手段的日常生活能力）

手段的日常生活動作（IADL）は、「掃除・料理・洗濯・買い物などの家事や交通機関の利用、電話対応などのコミュニケーション、スケジュール調整、服薬管理、金銭管理、趣味」などの複雑な日常生活動作のことを指します。

「低い」、「やや低い」の合計は、全体で19.3%となっています。

また、一般高齢者が16.1%、総合事業該当者等が70.5%となっています。



		合計	低い	やや低い	高い
全体		762	7.2%	12.1%	80.7%
前回調査 (R2)		765	9.3%	10.5%	80.2%
男性	総数	366	7.9%	15.8%	76.2%
	65-69歳	95	3.2%	13.7%	83.2%
	70-74歳	112	5.4%	16.1%	78.6%
	75-79歳	55	9.1%	10.9%	80.0%
	80-84歳	59	10.2%	16.9%	72.9%
	85歳以上	45	20.0%	24.4%	55.6%
女性	総数	396	6.6%	8.6%	84.8%
	65-69歳	83	2.4%	0.0%	97.6%
	70-74歳	125	0.8%	4.8%	94.4%
	75-79歳	78	3.8%	7.7%	88.5%
	80-84歳	69	10.1%	11.6%	78.3%
	85歳以上	41	31.7%	34.1%	34.1%
区分	一般高齢者	718	5.0%	11.1%	83.8%
	総合事業、要支援1.2	44	43.2%	27.3%	29.5%
圏域	東部	364	9.1%	11.5%	79.4%
	西部	398	5.5%	12.6%	81.9%

<判定基準>

1問該当につき1点、合計点	問番号	設問内容	該当する選択肢
	4-(4)	バスや電車を使って1人で外出していますか(自家用車でも可)	1. できるし、している 2. できるけどしていない
	4-(5)	自分で食品・日用品の買い物をしていますか	1. できるし、している 2. できるけどしていない
	4-(6)	自分で食事の用意をしていますか	1. できるし、している 2. できるけどしていない
	4-(7)	自分で請求書の支払いをしていますか	1. できるし、している 2. できるけどしていない
	4-(8)	自分で預貯金の出し入れをしていますか	1. できるし、している 2. できるけどしていない

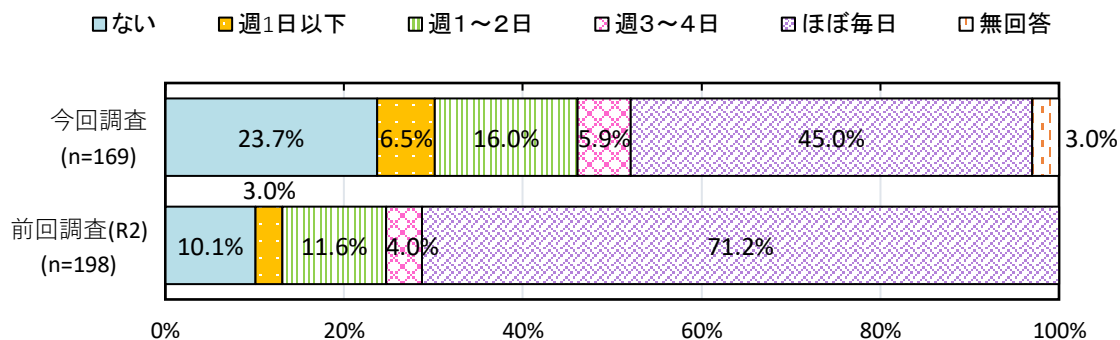
※低い 0~3点、 やや低い 4点、 高い 5点

## 8 在宅介護実態調査結果

### (1) 家族などによる介護の頻度

「ほぼ毎日」45.0%が最も高く、次いで、「ない」23.7%、「週1～2日」16.0%となっています。

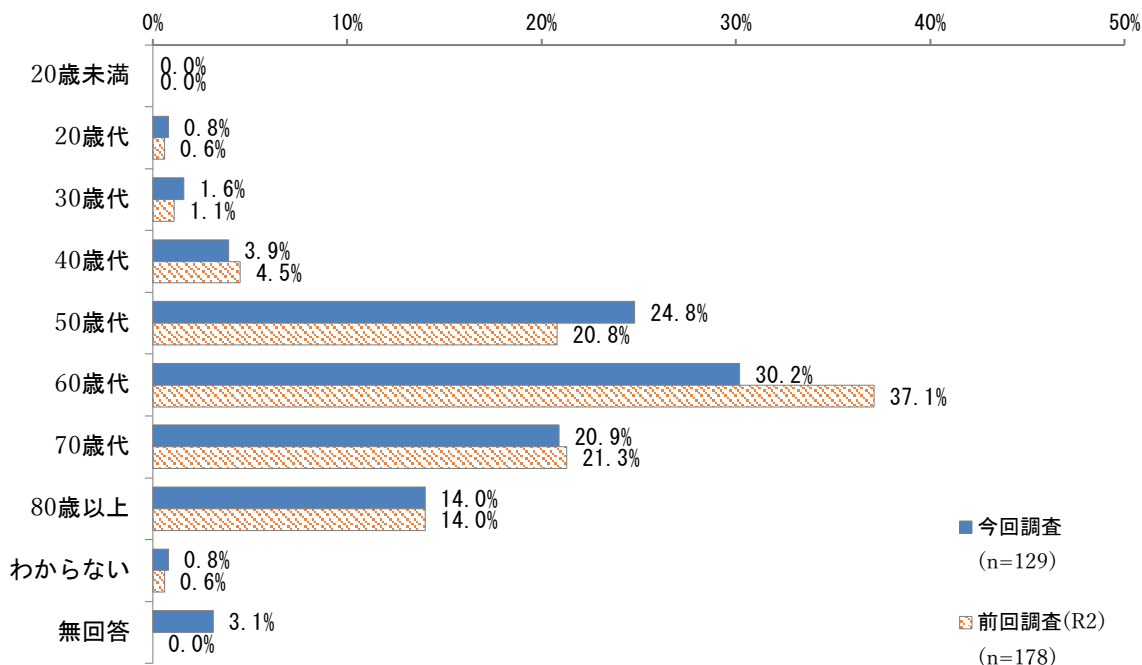
前回調査と比較すると「ほぼ毎日」が26.2ポイント減少しています。



### (2) 主な介護者の年齢

「60代」30.2%が最も高く、次いで「50代」24.8%、「70代」20.9%となっています。

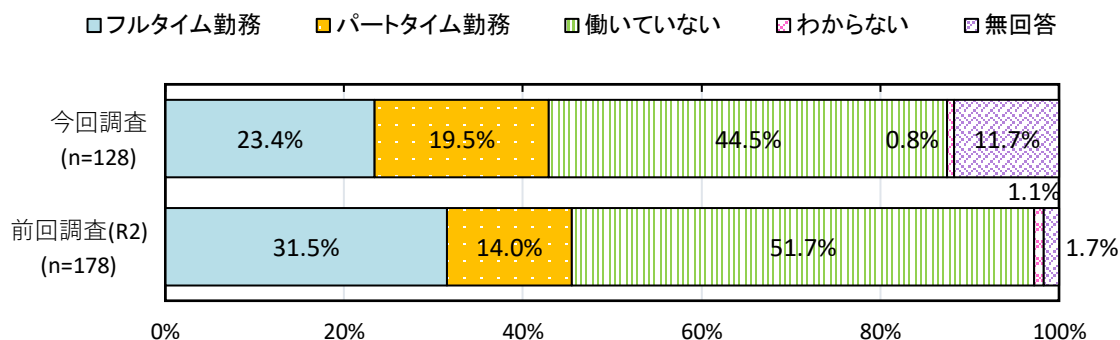
前回調査と比較すると60歳代以上の割合が7.3ポイント減少しています。





### (3) 主な介護者の勤務形態

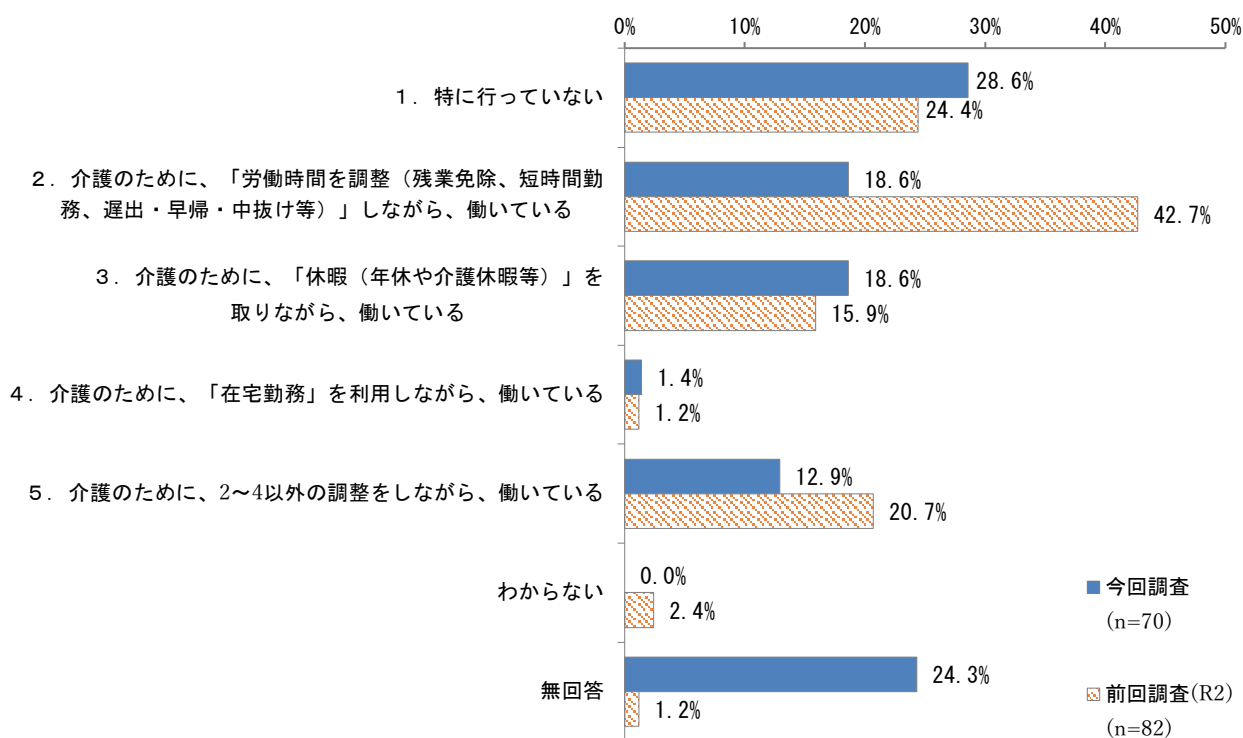
「働いていない」44.5%が最も高く、次いで「フルタイム勤務」23.4%、「パートタイム勤務」19.5%となっています。



### (4) 主な介護者の方の働き方の調整の状況

「特に行っていない」28.6%が最も高く、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」、「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」18.6%となっています。

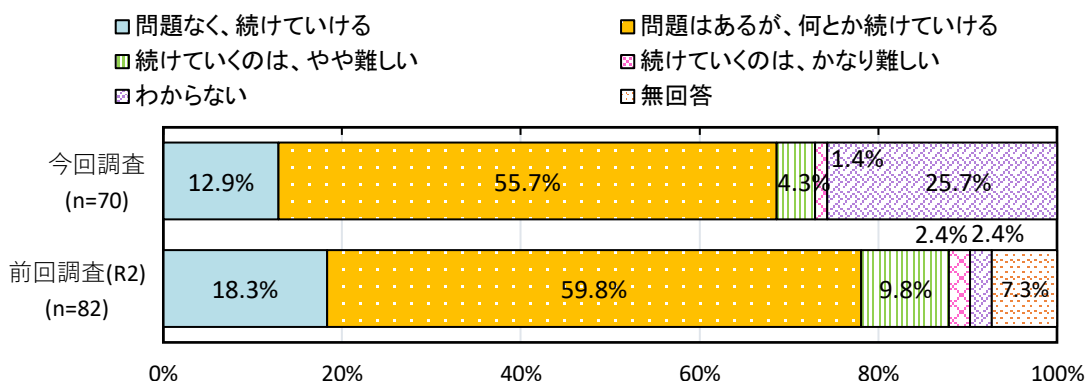
2.~5.と回答した「介護のために何らかの調整をしながら働いている人」は約5割となっています。



**(5) 主な介護者の就労継続の可否に係る意識**

「問題はあるが、何とか続けていける」55.7%が最も高く、次いで「問題なく、続けていける」12.9%、「続けていくのは、やや難しい」4.3%となっています。

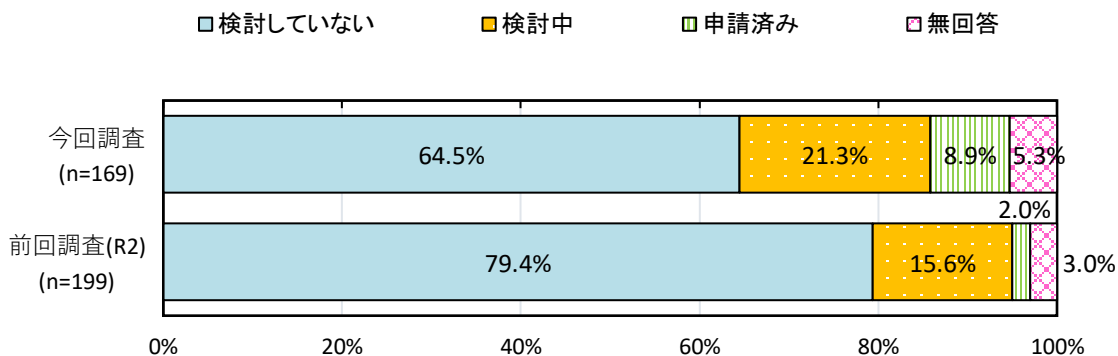
前回調査と比較すると「問題なく、続けていける」が5.4ポイント減少しています。



**(6) 施設など検討の状況**

「検討していない」が64.5%で最も高く、次いで、「検討中」21.3%、「申請済み」8.9%となっています。

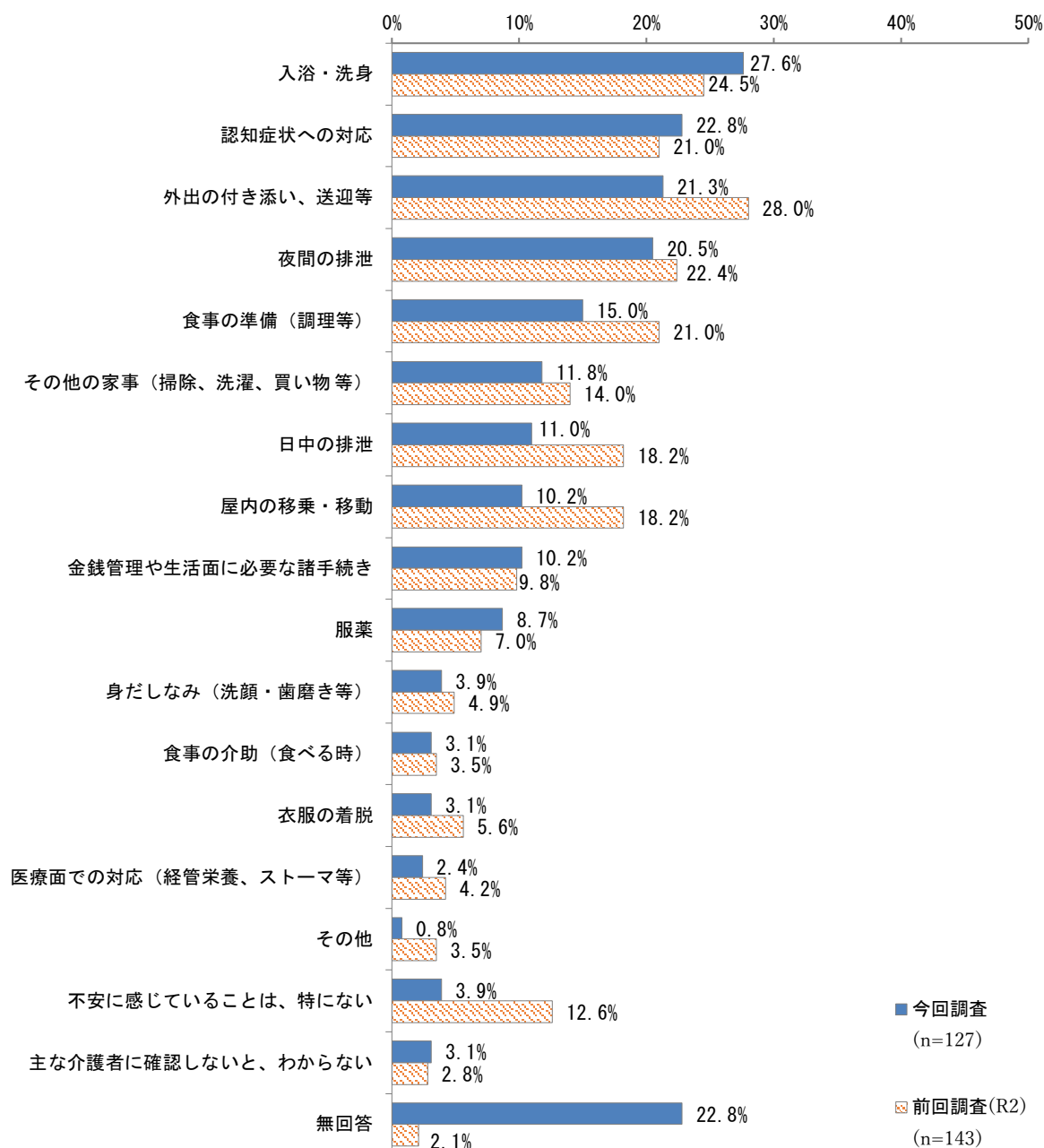
前回調査と比較すると「検討していない」が14.9ポイント減少しています。



(7) 今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じる介護（複数回答）

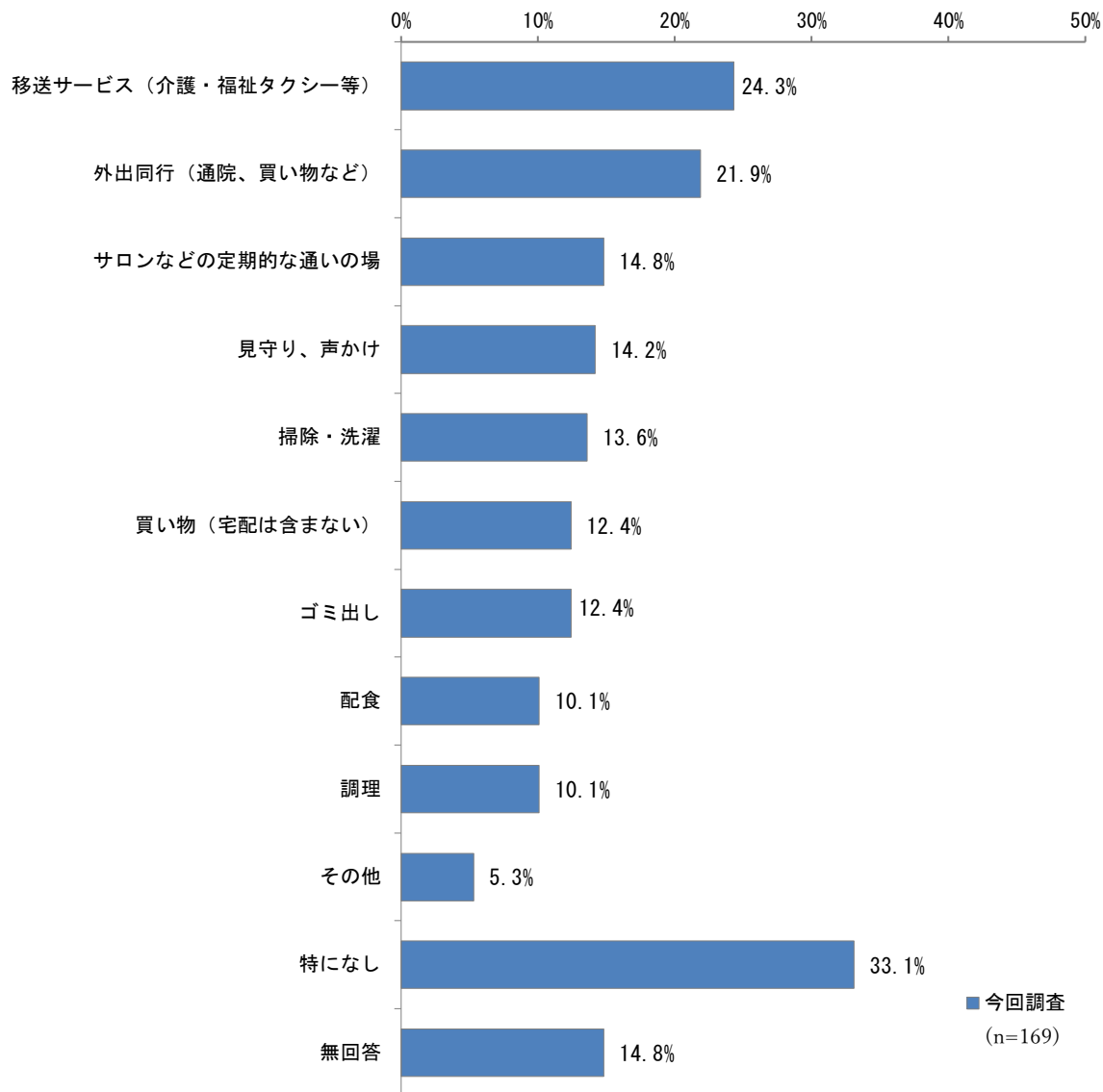
「入浴・洗身」27.6%が最も高く、次いで「認知症状への対応」22.8%、「夜間の排泄」、「屋内の移乗・移動外出の付き添い、送迎など」21.3%となっています。

前回調査と比較すると「入浴・洗身」が3.1ポイント増加し、「外出の付き添い、送迎など」が6.7ポイント減少しています。



(8) 在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービス（複数回答）

「特になし」以外では、「外出同行移送サービス」24.3%が最も高く、次いで、「外出同行（通院、買い物など）」21.9%、「サロンなどの定期的な通いの場」14.8%となっています。



## 9 重点的取組の実施状況

介護保険法第117条に基づき、「被保険者の自立支援、介護予防又は重度化防止」及び「介護給付費の適正化」に関して、第8期計画で本町が定めた重点的取組の実施状況は以下のとおりです。（令和5年度は見込み値）

### （1）被保険者の自立支援、介護予防又は重度化防止について

#### 要介護状態等の軽減

取組内容		令和3年度	令和4年度	令和5年度
要支援・要介護認定率（第1号被保険者）の低下	目標	19.0%	18.8%	18.6%
	実績	19.2%	19.3%	19.0%
KDBシステムによる介護改善ポイントの改善	目標	1.0%	1.1%	1.2%
	実績	1.5%	-9.3%	1.2%

#### 多様なサービスの整備

取組内容		令和3年度	令和4年度	令和5年度
地域サロン実施地区の増加	目標	50か所	53か所	57か所
	実績	53か所	54か所	55か所
地域サロン参加者数の増加	目標	1,230人	1,300人	1,400人
	実績	720人	850人	980人
住民主体の通いの場（ましき元気教室など）の実践団体の数	目標	7か所	9か所	12か所
	実績	17か所	18か所	30か所

#### 認知症高齢者の支援

取組内容		令和3年度	令和4年度	令和5年度
認知症相談窓口を知っている人の割合	目標	30%（令和元年）→40%（令和5年時点）		
	実績	28.3%（令和5年時点）		
認知症サポーター養成数の増加	目標	5,000人	5,500人	6,000人
	実績	5,146人	5,453人	5,900人
チームオレンジの設定	目標	1チーム設置（3年通して）		
	実績	0チーム	0チーム	1チーム
認知症カフェ設置数（校区単位）	目標	全校区（5校区）に設置（3年通して）		
	実績	3か所	3か所	3か所

(2) 介護給付費の適正化について

**地域密着型サービス事業者等の適切な指定、指導監査**

取組内容		令和3年度	令和4年度	令和5年度
集団指導の実施	目標	1回/年	1回/年	1回/年
	実績	0回/年	0回/年	0回/年
実地指導の実施	目標	3件/年	3件/年	3件/年
	実績	2件/年	2件/年	2件/年
県指導への参加	目標	都度	都度	都度
	実績	2回/年	1回/年	2回/年
入居者状況の把握	目標	1回/年	1回/年	1回/年
	実績	0回/年	1回/年	1回/年

**介護・福祉人材の確保・育成及び資質の向上**

取組内容		令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護サービス職員向け研修の実施	目標	1回/年	1回/年	1回/年
	実績	0回/年	0回/年	0回/年

**要介護認定の適正化**

取組内容		令和3年度	令和4年度	令和5年度
調査内容の点検	目標	点検率 100%	点検率 100%	点検率 100%
	実績	点検率 100%	点検率 100%	点検率 100%
eラーニング登録率	目標	登録率 100%	登録率 100%	登録率 100%
	実績	登録率 100%	登録率 100%	登録率 100%
調査員研修の実施	目標	1回/年	1回/年	1回/年
	実績	0回/年	0回/年	0回/年

**ケアプラン点検**

取組内容		令和3年度	令和4年度	令和5年度
課題整理総括表を活用したケアプラン点検	目標	点検率 5%	点検率 5%	点検率 5%
	実績	点検率 3%	点検率 6%	点検率 6%
高齢者向け住まい入居者のケアプラン点検	目標	点検率 6%	点検率 6%	点検率 6%
	実績	点検率 6%	点検率 23%	点検率 7%
応急仮設住宅入居者のケアプラン点検	目標	点検率 3年間で 100%		
	実績	27%	100%	100%

**住宅改修等の点検**

取組内容		令和3年度	令和4年度	令和5年度
住宅改修の施工前点検	目標	全件	全件	全件
	実績	全件	全件	全件
福祉用具貸与（軽度者を含む）の書類点検	目標	全件	全件	全件
	実績	全件	全件	全件
福祉用具の購入前点検	目標	全件	全件	全件
	実績	全件	全件	全件

**縦覧点検・医療情報との突合**

取組内容		令和3年度	令和4年度	令和5年度
医療情報突合の実施	目標	12月	12月	12月
	実績	12月	12月	12月
縦覧点検の実施	目標	12月	12月	12月
	実績	12月	12月	12月

- 要介護状態等の軽減について、目標を達成できなかった年があるものの、概ね目標値に近い数値で推移しています。今後、高齢者の増加に伴い、要支援・要介護認定率の増加や介護度の悪化が見込まれますが、第9期においては、通所型サービスC（短期集中型）を中心とした介護予防施策や介護予防周知・啓発を推進することで、要介護状態等の軽減を図っていきます。
- 多様なサービスの整備について、令和3年度から地域サロンコーディネーターを配置し、地域サロン自立化支援、立ち上げ支援、活性化支援、地域活動の担い手育成、多世代交流の促進などを実施しました。新型コロナウイルス感染症の影響で、地域サロンの実施回数、参加者数の減少がみられたため、目標値には達していません。
- 認知症高齢者支援について、様々な取組を行っていますが、認知症相談窓口を知っている人の割合は、減少傾向にあります。また、「認知症カフェ」の全校区展開についても達成できてないため、関係機関と連携を図りながら充実していきます。
- 介護給付費の適正化について、外部の業者に同行支援などを委託して概ね目標を達成できるようになりました。介護サービス職員向け研修や実地指導が目標に達していないため、現場の介護従事者の資質向上に資するためにも、県などの研修や委託業者を活用しながら充実を図っていきます。

## 10 益城町における高齢者を取り巻く課題

○高齢者単独世帯割合や高齢者夫婦のみ世帯割合の上昇、認知症高齢者の有病率の上昇が見込まれるなど、今後はサービスに対する需要の増加が想定される中で、介護を支える人材不足が深刻化しています。

そこで、地域の重要な担い手になり得る前期高齢者が「支え手」となるなど、工夫した取組を検討しながら、地域ぐるみで支え合う体制の構築を推進し、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるよう、地域包括ケアシステムを深化・推進していく必要があります。

○本町の調整済み認定率を全国や県と比較すると、軽度認定率は県、全国平均を上回っていますが、重度認定率は県、全国平均を下回っています。

介護保険制度は、高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護（要支援）状態となることの予防または軽減・悪化の防止を基本理念としています。これらの理念を実現するために、自立支援・介護予防に関する普及啓発を行うことなど、さまざまな取組を今後も推進していく必要があります。

○新型コロナウイルス感染症の影響もあり、通いの場の参加者も減少していることから、他者との交流や運動・外出の機会が少なくなり、軽度認定者が重度化したと推測されます。また、介護・介助が必要になった原因として、「転倒・骨折」が増加していることから、フレイル予防対策の強化・推進が必要です。

○日常生活機能判定結果（介護リスク）については、日常生活圏域によって差が見られました。東部圏域では、「運動機能の低下」「口腔機能の低下」「閉じこもり傾向」「うつ傾向」が、西部圏域では「認知機能の低下」が該当することが分かり、地域特性に応じた対策を関係機関と検討していく必要があります。

○在宅介護実態調査によると、介護者の年齢は「60代以上」の割合が最も高く、今後も老老介護の増加が懸念されます。さらに、現役世代の50代も増加しており、家族介護者への負担軽減につながる支援が必要です。

必要な支援・サービスとしては、移動に関する項目が最も多いため、在宅生活を支えるための介護サービスや生活支援サービスの充実が必要と考えます。

○介護サービス事業所では、ケアの質の向上や感染症対策に加え、業務効率化の一つとして、ICT機器、ソフトウェアの活用が求められており、本町においても浸透しつつあります。

今後も引き続き、業務効率化に向けた支援を推進していきます





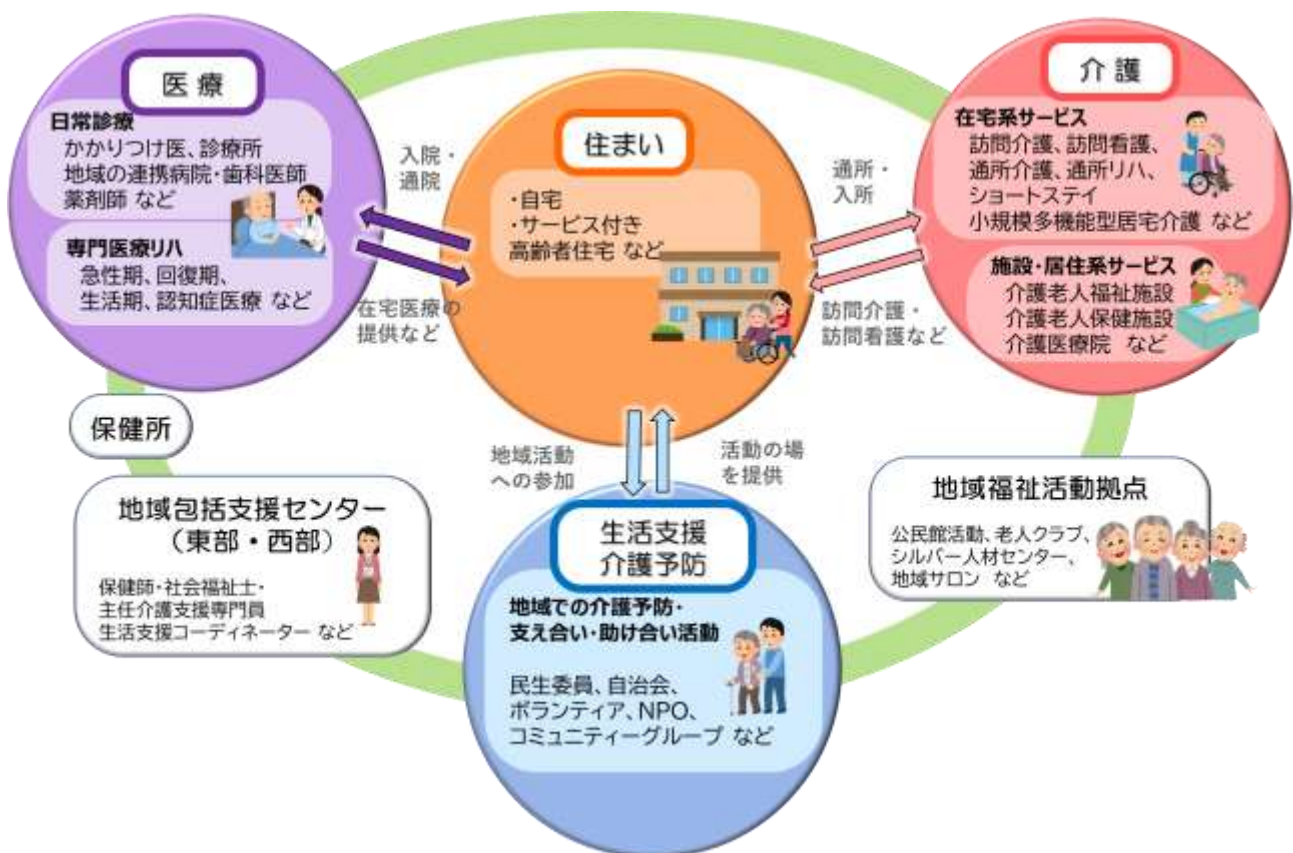
## 第3章 計画の基本的な考え方

### 1 益城町における地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムは、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活を送るための支援が包括的に確保される体制です。本計画は、この地域包括ケアシステムの考え方を、計画の根幹に位置づけて策定しています。

今後、いわゆる団塊世代が75歳以上となる令和7年（2025年）、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、地域包括ケアシステムをより深化・推進していく必要があります。そのため、本町においては、2つの日常生活圏域ごとに地域包括支援センターを設置し、それぞれの地域包括支援センターが中心となって地域包括ケアシステムを深化・推進していきます。

益城町における地域包括ケアシステムのイメージ



## 2 将来像と基本理念

本計画では、令和22年（2040年）の益城町の将来像を見据えた施策や取組を推進します。

### （1）将来像（令和22年（2040年）の益城町のあるべき姿）

**高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるまち**

団塊の世代が75歳以上となる令和7年（2025年）を目途に、「高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができる」ように、2つの日常生活圏域ごとに、高齢者の生活を支える医療や介護などの関係機関のネットワークが構築されています。医療・介護の連携が進み、さらに、地域には住民主体の通いの場が増え、自主的な介護予防の取組がなされることで、高齢者は自立した自分らしい暮らしを続けることができます。

### （2）基本理念

本計画は、令和22年（2040年）の将来像の実現に向けた計画であり、より着実かつ効果的に施策を推進するため、前計画の基本理念を改めて整理し、「高齢者の尊厳の保持」、「地域包括ケアシステムの深化・推進」を基本理念に掲げます。

#### 基本理念① 高齢者の尊厳の保持

誰もが人として個人として尊重され、暮らしたいと思う地域や場所で、その人らしく生活できるような社会の実現に努めます。

また、高齢者に対する虐待や詐欺行為などから高齢者の尊厳や権利・利益を擁護する仕組みづくりを推進します。

#### 基本理念② 地域包括ケアシステムの深化・推進

保健・医療・福祉の各分野の専門職、民生委員・児童委員、シルバーヘルパー、ボランティアなどの地域のさまざまな資源を統合し、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、「医療」、「介護」、「予防」、「住まい」、「生活支援」の5つのサービスが一体化して提供される「地域包括ケアシステム」の深化・推進に向けた取組を進めます。

### 3 計画の柱

本計画における基本理念のもと、次の6つの計画の柱を定めます。これらの計画の柱に基づいた施策の体系的な推進と円滑な実施を通じて将来像の実現を目指します。

計画の柱  
1

#### 健康づくりと介護予防・重度化防止の推進

高齢者一人ひとりが活動的で健康な生活を送ることができるよう、高齢者自身の身近な地域での健康づくりと介護予防に関する取組の促進を図ります。

高齢者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、自立支援・重度化防止の推進に向けて取り組めます。

介護予防・日常生活支援総合事業による介護予防事業の提供体制を活かし、高齢者の介護予防に取り組めます。

計画の柱  
2

#### 社会参加・生きがいづくり・役割創出の推進

高齢者が、住み慣れた地域で健康で幸せに暮らし続けていくためには、気軽に地域での活動に参加でき、その中で生きがいを持って過ごせる環境が必要です。また、高齢者が生きがいを持って地域で活躍することは、介護予防にもつながります。そのためには、高齢者が気軽にコミュニケーションを図れる場、自己研鑽の場などの充実が必要です。

福祉の「支え手」と「受け手」の境目をなくし、高齢者が地域で社会的役割を持って活動するための仕組みづくりも大切であることから、老人クラブなどのコミュニティ支援、ボランティアの育成・活用及びボランティア団体への支援、就労や生涯学習の機会の提供などを行います。

「高齢者が社会活動に参加しやすい環境づくり」に取り組むことで、世代や分野を超えた地域共生社会の実現へとつなげていきます。

計画の柱  
3

#### 包括的支援事業の推進

高齢者が要介護状態になっても住み慣れた地域で、自分らしい暮らしが続けられるよう、多様なサービスを受けられる体制づくりや、高齢者を地域全体で支えるための各種取組を推進していきます。

そのため、地域包括支援センターの機能強化を図り「在宅医療・介護連携事業」、「地域ケア会議」、「生活支援体制整備事業」などを推進していきます。

## 認知症施策・権利擁護の推進

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で自分らしく安心して生活できるまちを目指して、認知症高齢者を支える認知症サポーター養成などの充実、地域を巻き込んだ認知症高齢者の見守り体制の強化や、認知症の人や家族の居場所づくり及び交流の機会として「認知症カフェ」、「家族介護者のつどい：いきぬこ～会」の充実を図るとともに、認知症の理解を深めるための啓発に取り組めます。

また、「認知症初期集中支援チーム」との連携を図り、早期発見、早期治療へとつなぐ取組を進めます。

さらに、認知症の症状などに応じた適時・適切な医療・介護など、家族介護者への支援、高齢者への虐待防止と権利擁護の推進に取り組む、認知症の人やその家族をあたたく見守るための認知症に関する知識の普及啓発と支え合える地域共生社会の実現を目指します。

## 暮らしの支援と安心・安全なまちづくり

地域包括ケアシステムの深化・推進を図るうえで、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、さまざまな高齢者に配慮された居住環境の充実が必要です。そのため要介護状態となっても在宅で暮らし続けられるよう、個々の生活状況に応じたきめ細かな支援を推進します。

高齢者が社会の一員として、安心した日常生活を営めるよう、住まいの確保や防災・感染症対策に取り組むとともに、地域住民の相互理解を促し、支え合いや助け合いによる、共生のまちづくりを推進します。

## 介護サービスの充実

高齢者人口の増加に伴い、介護サービスの需要が高まる中でも、介護保険制度の円滑な運営を可能とするために、介護人材を確保し、資質の向上を図るとともに、サービスの質の維持・向上が実現できるよう職場環境の改善に向けた取組を推進します。

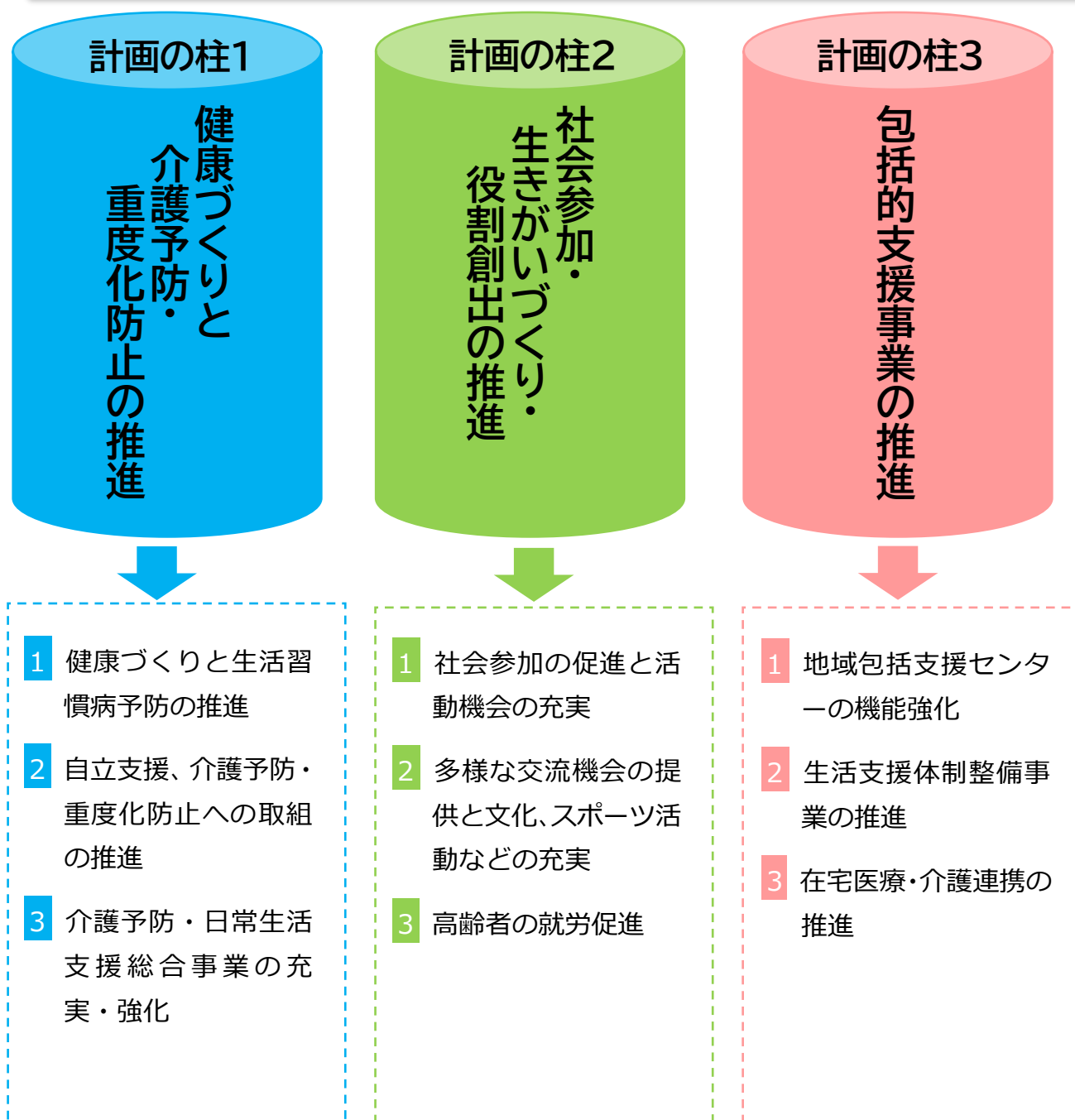
また、介護サービスを適切に提供するために、介護保険制度への信頼を高め、介護保険運営の持続可能性が確保されるよう、介護給付の適正化に取り組めます。

## 4 計画の体系

(将来像)

# 高齢者が住み慣れた地域で自分らしい

### 基本理念① 高齢者の尊厳の保持



# 暮らしを最期まで続けることができるまち

## 基本理念② 地域包括ケアシステムの深化・推進

### 計画の柱4

認知症施策・  
権利擁護の推進

- 1 認知症施策の推進
- 2 高齢者の権利擁護体制の推進

### 計画の柱5

暮らしの支援と  
安心・安全なまちづくり

- 1 福祉サービスによる在宅生活支援
- 2 居住環境の充実
- 3 安全性に配慮した生活環境の整備

### 計画の柱6

介護サービスの充実

- 1 介護サービスの提供
- 2 情報提供、相談対応
- 3 地域密着型サービス事業者などの適切な指定、指導監査
- 4 介護・福祉人材の確保及び資質の向上
- 5 介護保険給付の適正化

## 第4章 施策の展開

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。

本町では、上記取り組むべき事項に対して、本章内の該当施策に「(★)」を付し、第7章で具体的な目標値を記載します。

### 計画の柱1 健康づくりと介護予防・重度化防止の推進

今後の人口動態を見据えると、町民が健やかに生活し、老いることができる社会を目指し、健康づくり、介護予防などの取組を一層推進する必要があります。

健康寿命の延伸に向けては、社会生活を営むための機能を可能な限り維持することが重要で、運動器や認知機能の低下を予防することが必要です。

#### 1 健康づくりと生活習慣病予防の推進

健康づくりについては、益城町健康づくり推進計画の基本理念のもとに、高齢者の健康保持、増進に努めており、今後も引き続き、健康づくりの取組を進めます。

要支援・要介護の認定が必要になった原因疾患は、筋骨格の病気と悪性新生物を除くと、生活習慣病が多くを占めていることから、健診の受診率の向上や適切な保健指導の実施に努めるとともに、生活習慣病予防の周知・啓発や運動における健康教室などの開催や運動しやすい環境づくりを行い、生活習慣の改善を図ります。

団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22(2040)年に向けて、高齢者の健康寿命を延伸できるよう、介護予防を意識した健康づくりを推進します。

##### (1) 第3期健康づくり推進計画による健康づくりの推進

「住民ひとりひとりが、主体的にライフステージに応じた健康づくりに取り組むことができるまち」を基本目標に、住民ひとりひとりが自らの健康を意識して食事・運動などの生活習慣の改善を図り「健康寿命」の延伸につながるよう支援していきます。

また、関係各課、各種団体とも連携し、健康づくり事業を展開していきます。



**【今後の取組】**

- 特定保健指導などにおいて個別指導やヘルスアップ教室などによるポピュレーションアプローチを引き続き実施します。
- 高齢者の健康づくりを考えていくうえで、関係課・機関との連携は必須であり、相互に情報共有を図りながら、柔軟に対応していきます。
- 生活習慣及び社会環境の改善（「栄養・食生活」、「身体活動・運動」、「飲酒」、「喫煙」、「歯・口腔の健康」、「休養・心の健康づくり」）においては、各種健康教室、各種相談などを実施しながら、重点的に普及啓発に努め、取り組んでいきます。また、今後は高齢者に特化した内容も検討していきます。

**（２）特定健康診査・後期高齢者健康診査と特定保健指導の実施**

本町では各種健診を受診できるような体制づくりを行っています。また、特定保健指導に加え、各疾病ガイドラインの基準値を参考に、重症化予防を目的とした保健指導も実施しています。しかし、現状は健診受診率は39.7%にとどまっています。

**【今後の取組】**

- 個人健診など、町民が受診しやすい健診体制について、引き続き検討しながら、目標の受診率60%を目指します。
- 生活習慣病の発症予防及び重症化予防を徹底させるため、特定保健指導及び重症化予防を目的とした保健指導の実施率向上を目指します。

**（３）高齢者の健康づくりの支援**

介護予防出前講座の際、本町が委託した事業所が閉じこもり予防なども交えて講話などを行っています。また、基本チェックリストを活用し、「うつ」などに該当する人に対しては、地域包括支援センターなどがフォローし、必要に応じてサービスなどへつないでいます。

生活習慣病予防の観点から、地域サロン、老人会などの活動の場を活用した運動、栄養に関する健康講話や、保健福祉センターにおけるヘルスアップ教室（運動・栄養）などを食生活改善推進員などと連携しながら実施しています。

【今後の取組】

- ゲートキーパー養成講座や地域における健康相談を引き続き実施します。
- 引き続き、住民や団体のニーズにあった健康教室などを実施していきます。
- 意欲の低下、うつ傾向の高齢者も増えていることが考えられるため、地域サロンなどの通いの場のほか、あらゆる機会を通じて、基本チェックリストを活用し、高齢者のうつ病の早期発見・対応に取り組みます。

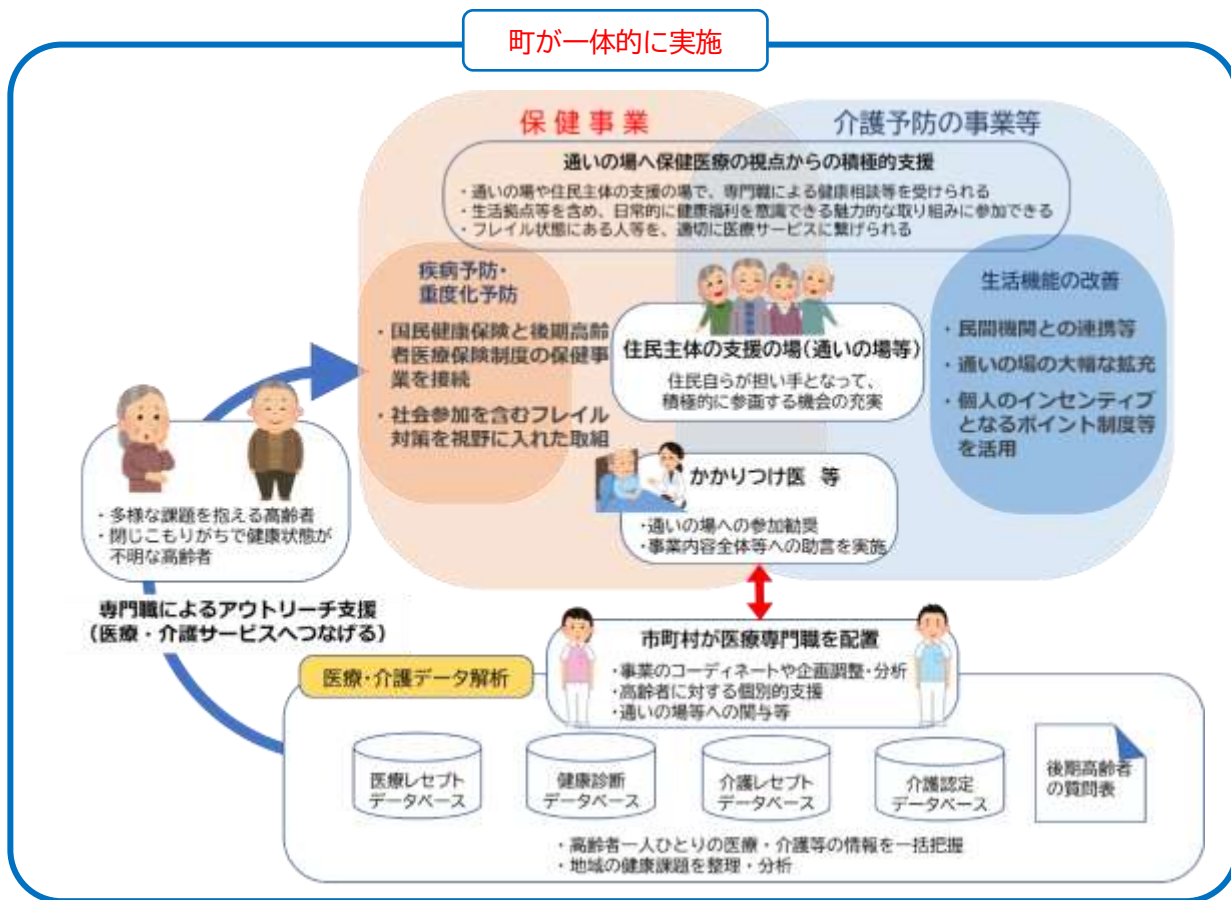
**(4) 高齢者の保険事業と介護予防の一体的な取組の推進**

保健事業においては、疾病予防・重症化予防だけではなく介護・フレイル（虚弱）予防にも重点的に取り組むことにより、健康寿命を延伸し、平均寿命との差の縮小を目指すこととし、熊本県後期高齢者医療広域連合ならびに医療関係機関などと連携をとりながら推進していくことが求められています。

【今後の取組】

- KDBシステムを活用し、医療・健診・介護データの分析を行い、地域の健康課題を明確にした上で効果的・効率的な切れ目のない事業実施や支援体制の整備をしていきます。
- KDBシステムなどから健康課題を抱える高齢者、健康状態が不明な高齢者を特定し、必要に応じて専門職によるアウトリーチ支援を行いながら、必要な医療・介護サービスにつなげていきます。
- 医療専門職による低栄養や口腔機能低下防止やフレイル予防、生活習慣病重症化予防などの予防対策を、個別の支援や通いの場において推進していきます。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（イメージ）

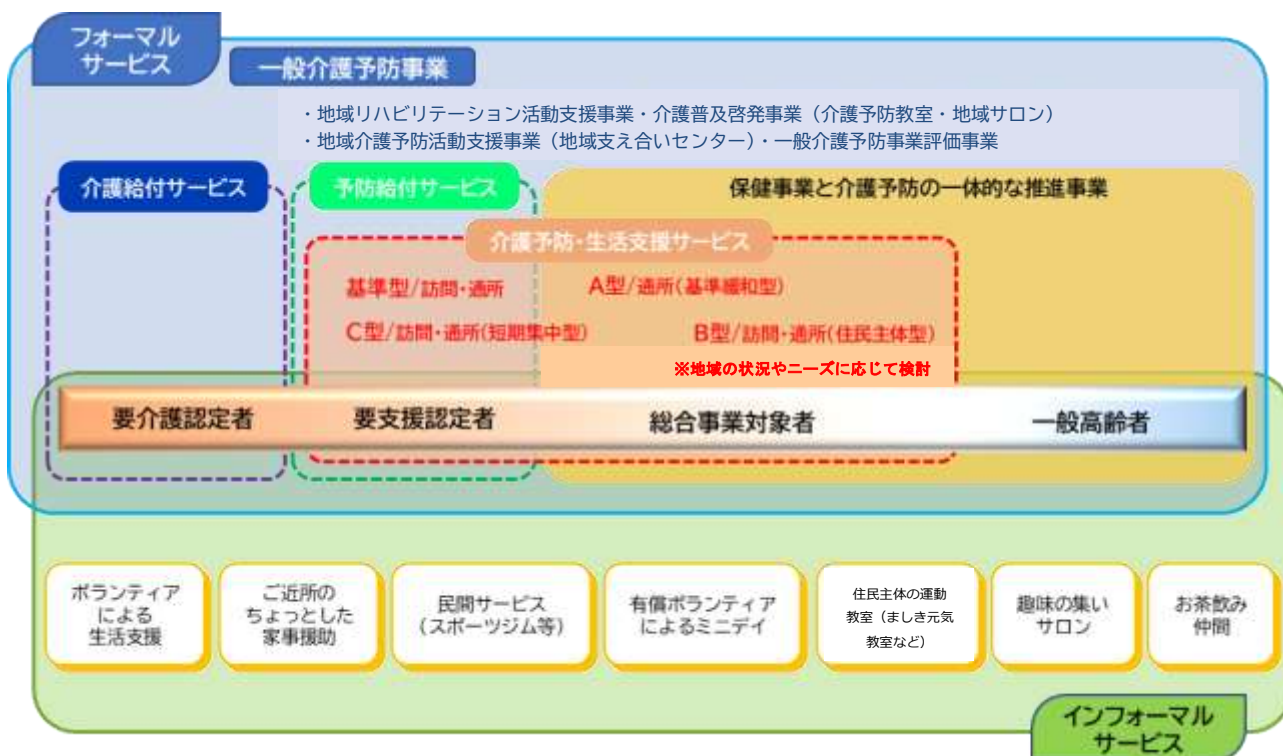


## 2 自立支援、介護予防・重度化防止への取組の推進

### (1) 自立支援に向けた取組 (★)

介護予防は、介護保険法第4条に示されているとおり、心身の状態が悪化し、要介護状態にならないよう、自らの健康に対して適切な知識や情報を得て、主体的に行動し、健康・介護予防に対して自らが責任を持って管理・努力すること（セルフマネジメント）が前提となります。

益城町における自立支援、介護予防・重度化防止への取組



### 【今後の取組】

- 地域サロンやましき元気教室など、地域の通いの場を通じ、参加者が自らの健康に対して適切な知識や情報を得ながら、セルフマネジメントの意識を高め主体的に健康・介護予防活動ができるよう、住民主体の通いの場の拡充を含め・活性化の支援に努めます。
- 積極的に健康づくりに取り組む住民を増やしていくため、運動・栄養・認知症予防などに関する健康教育、高齢化が進む社会情勢に対し備えるための情報提供を行うなど、自助活動の活性化・定着化に向けた支援を行ととも、日々の生活に密着した取組の充実や効果的なサービスの整備・活用を進めていきます。

## (2) 重症化予防とチームケア体制の構築

後期高齢者の増加に伴い、認知症の人や医療依存度の高い人などの増加が予想されます。中重度になっても、できる限り住み慣れた場所で生活が続けられるためには、本人の意思を尊重しながら、より質の高いチームケアの提供が重要となります。

### 【今後の取組】

- 自立支援に向けたケアマネジメント機能が重要であることから、地域ケア会議への多職種参加を進めることで、チームケアを構築する介護支援専門員の資質向上を図ります。
- 本人の選択にもとづき、住み慣れた地域で自分らしい暮らしが確保できるよう、質の高いチームケアを展開していく体制づくりに努めます。

## (3) PDCAサイクルによる保険者機能強化の推進

国において、高齢者の自立支援・重度化防止などに向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、保険者の機能を強化する取組が制度化されました。この一環として、財政的インセンティブとして市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるように客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止などに関する取組を推進するための新たな交付金が創設されました。

町においても、実情に合わせて高齢者の自立支援・重度化防止につながる取組を推進していきます。

### 【今後の取組】

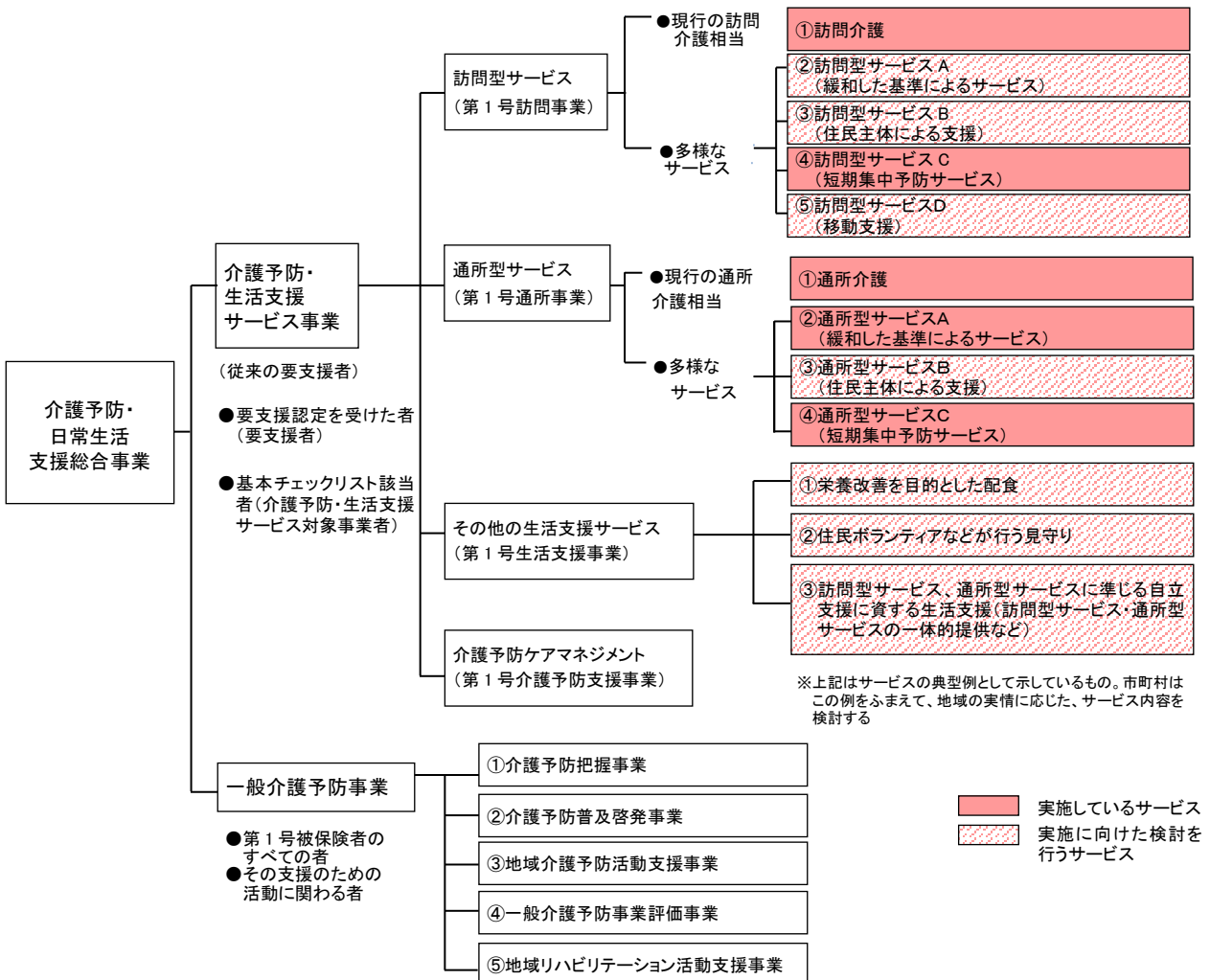
- 様々な取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、適切な評価・見直しにより、高齢者の自立支援、重度化防止などに関する取組を推進します。

### 3 介護予防・日常生活支援総合事業の充実・強化

介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という。）は、地域の実情に応じて、住民など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により、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者などに対する効果的かつ効率的な支援などを可能とすることを目指すものです。後期高齢者の増加にともない、独居高齢者や高齢者夫婦世帯における生活支援などのニーズが増大していますが、その受け皿が不足しています。

そのため、元気な高齢者がそれぞれの地域で介護予防や生活支援の担い手となる仕組みをつくり、限られたサービスを効率的・効果的に提供していくことが必要となります。また、地域で社会参加できる機会を増やしていくことが、高齢者の介護予防にもつながっていきます。身近な場での参加しやすい介護予防と交流の場づくり、支え合いの活動を拡充していくことで、高齢になっても元気に活動でき、介護が必要になっても住み慣れた地域で支え合い、生活を続けていくことができる地域づくりを目指して総合事業の充実・強化を行います。

益城町における介護予防・日常生活支援総合事業体系図



### (1) 介護予防・生活支援サービス事業の推進

軽度の支援を必要とする高齢者には、生活機能の低下に対応した多様な支援が求められています。そこで、短期集中予防サービスを中心に、適切なサービスを提供することで生活機能の維持・向上を図り、自分らしい生活を継続することができるように支援します。

また、元気な高齢者を含めた地域住民の活力による多様なサービスについて、「生活支援体制整備事業」における生活支援コーディネーターと協議体や、NPO、民間企業、ボランティアなどと連携し、地域の社会資源やニーズに即したサービスの創出に向けた体制づくりに努めます。

#### ① 訪問型サービス

訪問型サービスでは、訪問介護員による身体介護や生活援助を受けることができます。対象者は、要支援認定を受けた方、または基本チェックリスト該当者です。

訪問型サービスは、総合事業が実施される前の訪問介護に相当するもの（従前相当訪問型サービス）と、それ以外の多様なサービスから成り立ちます。多様なサービスについては、訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）、訪問型サービスB（住民主体による支援）、訪問型サービスC（短期集中予防サービス）、訪問型サービスD（移動支援）の4つに分類されており、当町では、訪問型サービスCが設定されています。

#### 【今後の取組】

○生活支援コーディネーターや協議体との連携を図りながら、地域のニーズや活動できる住民の情報を集約し、必要とされるサービスの検討を適宜行うとともに、現在実施しているサービスについても効果的な活用を進めていきます。

#### ② 通所型サービス

通所型サービスでは、機能訓練や集いの場への参加など日常生活上の支援が受けられます。対象者は、要支援認定を受けた方、または基本チェックリスト該当者です。

通所型サービスは、総合事業が実施される前の通所介護に相当するもの（従前相当通所型サービス）と、それ以外の多様なサービスから成り立ちます。多様なサービスは、通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）、通所型サービスB（住民主体による支援）、通所型サービスC（短期集中予防サービス）の3つに分類されており、当町では通所型サービスAと通所型サービスCが設定されています。

【今後の取組】

- 高齢者の身体機能、生活動作の改善を図るため、通所型サービスC事業の利用を促進します。サービスの周知に加え、より効果のあるプログラムを目指し、関係者間で連携し取り組みます。
- 生活支援コーディネーターや協議体との連携を図りながら、地域のニーズや活動できる住民の情報を集約し、通所型サービスBの実施についても適宜検討を行います。

③ その他の生活支援サービス

その他の生活支援サービスは、地域における自立した日常生活の支援のため、訪問・通所型サービスと一体的に行われることで効果があると認められる場合に、配食サービスや、住民ボランティアなどによる訪問見守り、訪問型・通所型サービスの一体的提供などを行うものです。

【今後の取組】

- 当該サービス実施につながる社会資源やボランティアなどに関する情報を収集し、実情に応じて、効果的なサービスの提供を検討していきます。

④ 介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントとは、要支援者、および事業対象者に対して提供されるケアマネジメントサービスです。自立支援を目的として、心身の状況、生活機能の状況、その置かれている環境、その他の状況に応じて、対象者自らの選択内容などに基づき、介護予防に向けたケアが検討されます。

【今後の取組】

- 実施に当たっては、利用者の心身機能、活動状況を総合的に把握し、支援が必要な状態に至った原因やその背景を踏まえて、心身機能の維持改善を図るための具体的な目標及び支援について、本人・家族との話し合いに努めます。また、多職種によるの多様な視点によるケアマネジメントの検討を行うことで、支援者の課題解決力及び資質の向上に努めます。



## (2) 一般介護予防事業の充実

### ① 介護予防把握事業

地域のネットワークを通して情報を把握するとともに、関係各課からの情報、医療機関からの情報提供、高齢者実態把握調査などで閉じこもりなどの何らかの支援を要する者を把握し、住民主体の介護予防活動へつなげる事業です。

#### 【今後の取組】

○社会福祉協議会の見守りなどの活動や、各自治会、関係団体、関係機関とのネットワークを活用し、支援を必要とする高齢者の把握に努め、地域包括支援センター、生活支援コーディネーターなどと連携し、介護予防に資する事業につなげます。

### ② 介護予防普及啓発事業

介護予防に資するため、パンフレットなどを活用した基本的な知識の普及啓発や介護予防に関する講座を開催する事業です。

#### 【今後の取組】

○地域サロンに対し生活習慣病予防や介護予防、健康に関する正しい知識や、転倒予防、認知症などについての知識に関する介護予防教室を実施し、介護予防についての啓発に努めます。  
○住民向けの講演会や、広報紙を活用した周知を通じて、介護予防の知識や必要性についての周知・啓発を行います。

### ③ 地域介護予防活動支援事業

地域介護予防活動支援事業とは、地域における要支援・要介護状態になる前からの介護予防活動を推進する事業です。

#### 【今後の取組】

○高齢者が、身近な地域で多様な活動に参加することで心身機能の維持が期待でき、また担い手となる高齢者が生きがいをもち、いきいきと暮らせる地域づくりにつながることから、ましき元気教室や地域サロンを含む通いの場など、地域における介護予防に資する活動の育成・支援を行います。

**④ 一般介護予防事業評価事業**

一般介護予防事業を含め、地域づくりの観点から総合事業全体を評価し、その評価結果に基づき、事業全体の改善を目的とする事業です。

**【今後の取組】**

○介護予防教室などの開催回数、通いの場箇所数、通いの場参加率（通いの場参加者実人員／高齢者人口）などを把握し、事業の実施状況の評価を行い、事業内容や利用促進の検討などを行っていきます。

**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組を強化するために、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などの関与を促進する事業です。

**【今後の取組】**

○地域リハビリテーション広域支援センターおよび地域密着リハビリテーションセンターとの連携に努めるとともに、地域における介護予防の取組を強化するために地域ケア会議、サービス担当者会議、住民主体の通いの場などへのリハビリテーション専門職などの関与を促進し、活動の普及・活性化に努めます。

○地域での介護予防活動の機能を強化するため、各事業へリハビリテーション専門職が関わり、リハビリ技術の伝達、日常生活に支障をきたす要因や改善の見通し、能力を最大限に引き出す方法について助言できる機会の確保に努めます。

## 計画の柱2 社会参加・生きがいづくり・役割創出の推進

### 1 社会参加の促進と活動機会の充実

#### (1) 老人クラブ活動の活性化と活動支援の充実

老人クラブ活動は、高齢者の生きがいづくりや社会参加促進などの重要な一翼を担っています。

これらの活動を支援することにより、高齢者がその能力や経験を活かして活躍できる場や機会の提供など、高齢者の自立支援と社会参加を推進します。

#### 【今後の取組】

○高齢者の主体的な活動を促進するため、今後も老人クラブ活動への支援を継続して実施していきます。また、老人クラブの健康増進活動への支援を実施し、健康で活力のある高齢者の増加を図ります。さらに、地域のボランティア活動を推進するなど、会員同士が連携を図り、高齢者がいつまでも生きがいを持ち、心身ともに健康でいられるよう、活動を支援します。

#### (2) 生涯学習活動の充実

高齢者が、「いつでも、どこでも、だれでも、なんでも」学べるよう、生涯学習環境の整備・充実や指導者の発掘、指導者と学習者をつなぐネットワークの確立、生涯学習に関わる機関・団体との連携を強化し、学習機会の充実を図ります。

#### 【今後の取組】

○多様な学習機会について、必要な情報を発信し、参加者の確保を進めます。  
○高齢者が様々な学びを活かすため、地域社会への参加やボランティア活動などへの参加を促進します。また、その活動から生まれた新たな課題に対しては、さらに学習する機会を提供するなど、高齢者がいつまでも生き生きと元気に活躍できるよう支援します。

### (3) 多様な主体との連携による地域共生社会づくり

高齢者の生活の質を高めるためには、社会とのかかわりを持ちながら、生きがいのある生活を維持することが必要です。

様々なボランティア活動、生きがいづくり活動などの地域住民活動や、企業の活動と協働し、官民協働での生きがいづくり・社会参加を促進し、一人一人が生きがいや役割をもち、助け合いながら暮らしていくことのできる「地域共生社会の実現」へつなげていきます。

#### 【今後の取組】

- 地域団体活動や公民館サークル活動、生涯学習出前講座など、あらゆる機会を捉えた周知・啓発活動に努め、幅広い層への意識醸成を図ります。
- 「我が事・丸ごと地域づくり」の基本的考え方をもとに、地域に点在する多様な福祉資源であるNPOや地域活動団体、ボランティア、企業などとの連携を積極的に推進するとともに、地域住民が主体的に関わり助け合う新たな支え合いの基盤を構築し、地域共生社会の形成を目指します。

## 2 多様な交流機会の提供と文化、スポーツ活動などの充実

### (1) 多様な交流機会の提供及び支援

高齢者の社会参加を促すため、関連する施策との連携を図りながら、高齢者相互あるいは乳幼児、児童などを含む各世代との多様な交流機会の提供に努めます。また、地域の高齢者が主体となる活動（地域サロンなど）を支援します。

#### 【今後の取組】

- 多彩な交流機会の提供と文化、スポーツ活動などの充実を図るために、各種団体、機関と連携し、講座などの計画、実施を支援します。また、地域において活動に偏りがあるものの、様々な地域活動において主体的な活動が行われていることから、その活動支援に取り組みます。

## (2) 趣味活動、文化・芸術活動、スポーツ活動などの充実

生涯学習の観点から展開されている各種の趣味・教養講座や文化芸術活動を通して、高齢者の生きがいづくりと、住民同士が親睦を図れるよう魅力ある講座を開催するとともに、日頃の学習成果発表機会の充実を図ることで、多くの高齢者が文化に触れ合うことのできる環境づくりを進めます。また、高齢者の健康づくり・体力づくりの観点から、スポーツ活動の推進に努めます。

### 【今後の取組】

○高齢者が活動できる環境を整備するとともに、生きがいづくりなどを支援するため、各関係団体、機関と連携して、各種講座、スポーツ活動の機会を増やします。また、幅広い年代層の参加や自治公民館単位などのより身近な地域での健康づくりと交流を目的とした高齢者スポーツ活動、地域活動を推進します。

## 3 高齢者の就労支援

### (1) 高齢者の就労支援

高齢者の就労は、長年蓄積してきた知識や経験、技術を生かして社会に貢献することができ、生きがいに満ちた生活を送るために非常に効果があるとともに、地域の経済基盤づくりの大きな役割を担っています。

シルバー人材センターは、高齢者の就業に関する情報の収集・提供、希望する就業の開拓提供、就業に必要な知識及び技能を修得する目的の講習会の実施などの事業を行っています。

今後においても、長寿社会にふさわしく「自主・自立・共働・共助」を理念とし、社会システム構築の一環として、働く意欲のある高齢者の就労の場の確保を図るため、シルバー人材センターの事業の支援に取り組みます。

【今後の取組】

- 高齢者の希望や能力に応じた多様な就労の促進を支援するとともに、シルバー人材センター事業の活用促進を支援します。
- 高齢者の就業を促進することにより、高齢者自身の活動的な生活能力を引き出すとともに、その家族や地域社会に活力を生み出し、ひいては地域社会活性化につなげます。
- 地域の高齢者が、自主的に共に働き共に助け合っていくことを目指します。
- 働く意欲と能力を持った高齢者であれば誰にでも参加の道を開き、自主的な組織参加と労働能力を発揮することにより、豊かで積極的な高齢期の生活と社会参加による生きがいの充実を図ります。

**(2) ボランティア活動などによる地域社会への還元**

生きがいづくりや多様な働き方が求められる中で、地域活性化の担い手となる人材育成と活躍の場の構築に向け、生涯活躍できる地域社会の実現に向けた取組を推進します。

【今後の取組】

- 高齢者がその豊富な知恵や経験、能力などを活かすことができるよう、社会福祉協議会、まちづくり活動支援センターとの連携を強化し、情報提供を行うとともに、ボランティア活動や多様な地域活動を積極的に行うことができる環境づくりを進めます。

## 計画の柱3 包括的支援事業の推進

### 1 地域包括支援センターの機能強化

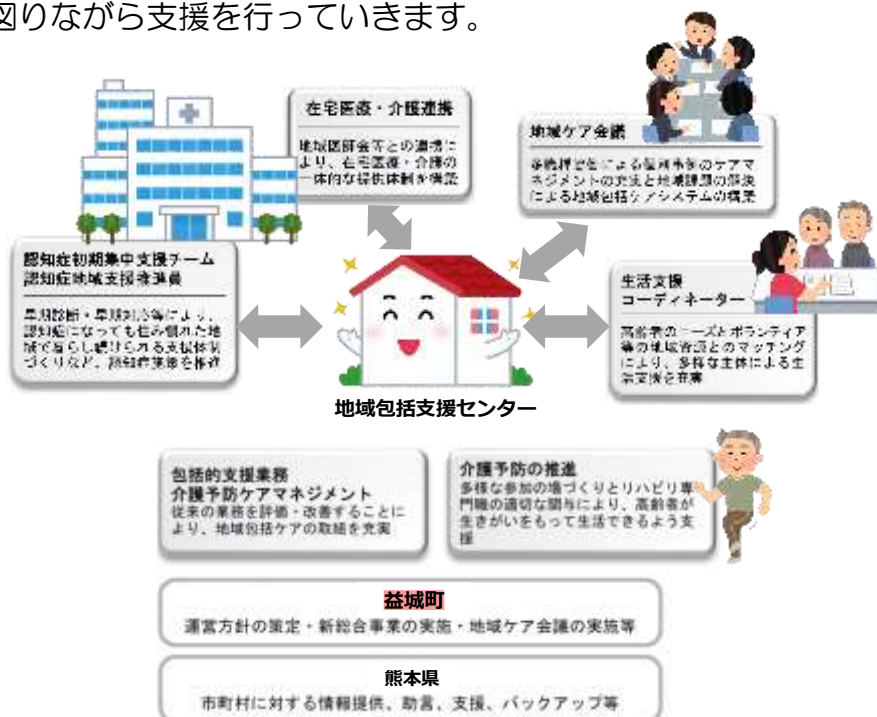
#### (1) 地域包括支援センターの適切な運営、評価及び体制強化

高齢者の生活における様々な悩みや不安、困りごとについて、身近な相談窓口として、東部圏域・西部圏域に地域包括支援センター（こころねっと）を設置しています。

運営に当たっては、行政と地域包括支援センターと協議のうえ、運営方針を作成し、地域包括支援センター運営協議会へ諮り承認を得て業務を推進しています。

近年、相談件数は増加し、世帯の課題が複雑化・困難感が進み、地域包括支援センターの相談対応・支援業務の充実などが求められています。地域包括ケアシステムを深化・推進していく上で、その中核的機関である地域包括支援センターにおいて、引き続き適切な人員の確保に努めるとともに、関係機関との更なる連携強化を図り、効率的かつ効果的な運営を目指します。

また、地域包括支援センターは、令和5年度から本格実施している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などを担うことが期待されることも踏まえ、高齢者だけでなく、経済的困窮者、単身・独居者、障がい者、ひとり親家庭、ヤングケアラーに該当する世帯やこれらが複合したケースなどに対応するため、社会福祉協議会に配置されたCSW（コミュニティソーシャルワーカー）や生活困窮分野、障がい分野、児童福祉分野など他分野と連携促進を図りながら支援を行っていきます。



**【今後の取組】**

- 関係法令、条例、要綱・要領を遵守し、地域課題や状況などを踏まえた運営方針を作成します。また、運営方針に基づいた年間の事業計画を作成し、業務を推進します。
- 月に1回程度連絡会を開催し、地域包括支援センターに関わる各事業についての協議や情報交換を行い、関係各課との連携を推進します。
- 総合相談窓口として、様々な課題を抱えた世帯の支援については、関係各課、関係機関との連携強化を推進します。
- 地域包括支援センターの公平・中立性の確保及び適切な運営を図るため、適正運営マニュアルを活用した自己評価を行い、地域包括支援センター運営協議会を定期的で開催します。
- 厚生労働省が策定する評価指標を用いて、業務の状況や量などの評価・点検を行い、必要な支援を行います。
- 地域包括支援センターの年間計画の遂行や目標達成に向けた進捗管理を行い、質の向上を図ります。
- 地域における介護保険関連事業所などと連携を図りながら、住民への支援を適切に行う体制整備を検討します。

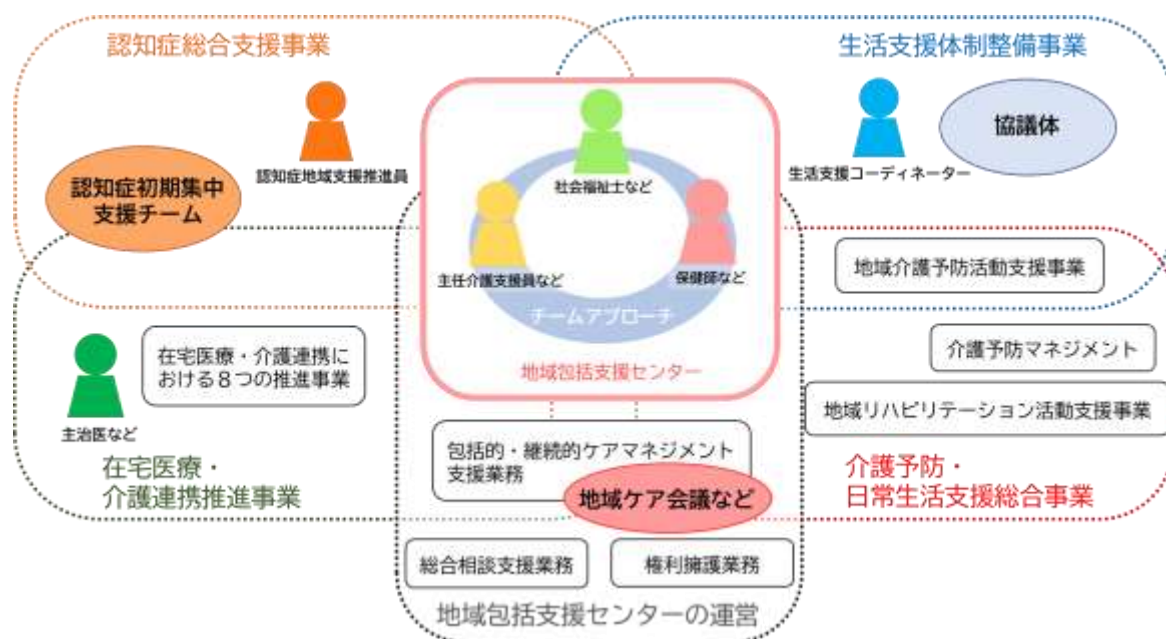
**地域包括ケアシステムの中核機関(地域包括支援センター)**

地域包括支援センターは、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の医療介護福祉の専門職が中心となって運営される組織であり、地域包括ケアシステムの中核機関として位置づけられています。高齢者などが住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続することができるように、関係機関とネットワークを構築し、可能な限り地域で自立した生活を営むことができるよう支援することを目的として、地域支援事業（介護予防・日常生活支援総合事業など）を実施しています。

町では、地域包括支援センターの体制強化として、平成28年4月から、地域包括支援センターを新しく1箇所増やし、東部・西部圏域に各1箇所として、2箇所で連携して活動しています。



## 地域包括支援センターにおける地域支援事業イメージ

**(2) 地域ケア会議の推進**

地域ケア会議は、高齢者個人の自立に向けた支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を進めていく地域包括ケアシステムの実現に向けて有効な機能を持ちます。行政、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所など多職種連携のもと、東部圏域地域包括支援センター、西部圏域地域包括支援センターと協働で実施しています。

個別ケースの検討を通して地域課題の抽出を行い、生活支援体制整備事業において、地域課題の解決策を検討しています。

**【今後の取組】**

- 個別ケースの課題分析や支援の積み重ねを通じて、地域に共通する課題や有効な支援策を明らかにし、課題の発生や重度化の予防に取り組みます。
- 多職種協働によるネットワークの構築や資源開発などに取り組みます。

## 2 生活支援体制整備事業の推進

高齢者が住み慣れた地域で長く生活を続けていくには、医療や介護などの専門的なケアだけでなく、日常生活のちょっとした困りごとに対する支え合いの仕組みや、生きがいや介護予防につながる社会参加の機会を確保することが必要です。

多様な主体が多様なサービスを提供できる体制を整え、高齢者が地域で活躍できる場を確保できるような地域づくりを推進するため、生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置などにより、サービスの創出や担い手育成などの取組を進めていきます。

### 生活支援コーディネーターとは

高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進していくことを目的とし、地域において、各種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（主に資源開発やネットワーク構築の機能）を果たす者が「生活支援コーディネーター」で、「地域支え合い推進員」とも呼ばれます。

本町では、第1層（本町全域）を2名（専任1名、兼任1名）、第2層を2名（西部圏域兼任1名、東部圏域兼任1名）配置しています。

### 協議体とは

生活支援コーディネーター、医療・介護の専門職、地域住民、ボランティア団体、包括支援センター、民間企業・行政などで構成され、情報共有や連携強化、課題解決のための取組の検討などを目的とし設置された話し合いの場が「協議体」です。

第1層協議体は町全体の課題について話し合う場、第2層協議体はそれぞれの地域の状況や課題について、地域ごとに話し合う場となります。

### 【今後の取組】

- 地域住民や様々な関係団体・機関などと連携しながら、地域資源の情報共有、高齢者のニーズを把握し、目指すべき姿について協議を行い、生活支援サービスの検討・整備や高齢者の社会参加を促進する取組を行います。
- 生活支援コーディネーターを中心に地域を支える担い手の育成に努めます。

## 第1層（益城町全体）

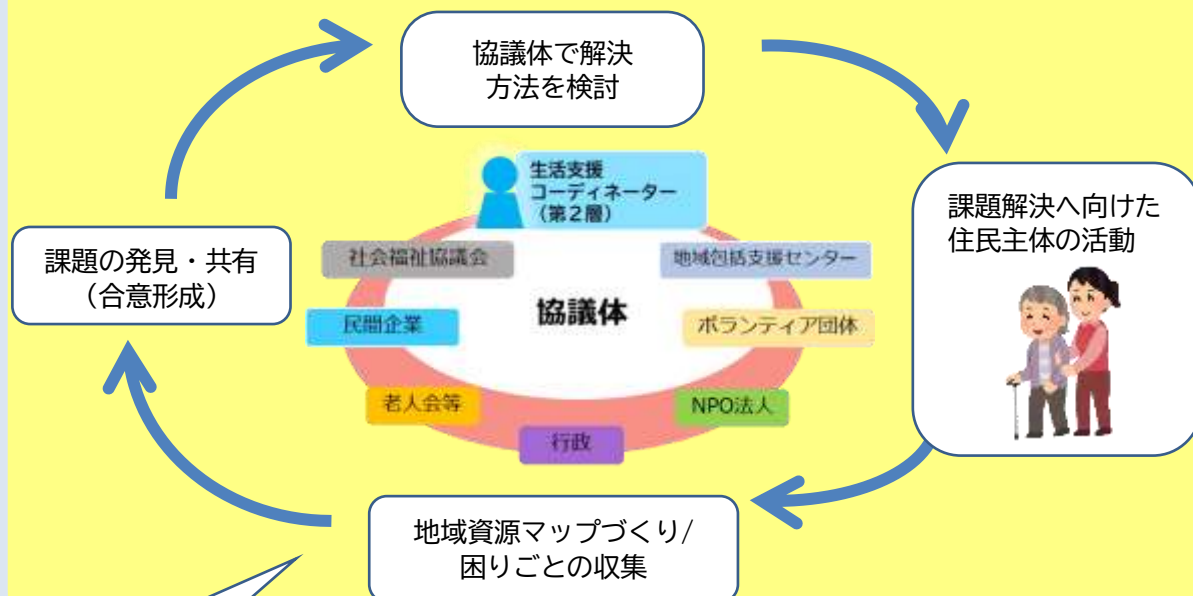


### 第1層の役割

- 地域づくりの方針を検討する
- 関係機関の円滑な関係を構築し連携を図る
- 地域単位では対応が難しい課題に対し協議体で解決策を検討する

相互に連携・協働  
(上下関係ではない)

## 第2層（東部圏域と西部圏域）



### 協議体（コーディネーターを含む）によるコーディネート機能

- ア 地域のニーズと資源の状況の見える化、問題提起
- イ 地縁組織など多様な主体への協力依頼などの働きかけ
- ウ 関係者のネットワーク化
  - ・ 目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一
  - ・ 生活支援の担い手の養成やサービスの開発  
(担い手を養成し、組織化し、担い手を支援活動につなげる機能)
- エ ニーズとサービスのマッチング

### 3 在宅医療・介護連携の推進

#### (1) 在宅医療・介護連携推進事業の推進

本町の要介護認定率は年齢が上がるにつれ上昇し、85歳以上では61.3%（令和5年3月時点）で全国よりも上回っています。また、2025年以降、後期高齢者の増加は緩やかに推移しますが、85歳以上人口は2040年に向けて引き続き増加が見込まれ、医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者が増えていくものと考えられます。

地域包括ケアシステムの深化・推進のためには、切れ目のない医療と介護の提供体制を構築することが重要となっています。

本町においても、医療と介護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生活が送れるよう、継続的な在宅医療・介護の提供体制を目指し、県・保健所の支援のもと、地域の医師会、関係機関などとの連携を図っています。

取組としては、地域の医療資源などについて把握し、町、地域包括支援センター、SC（生活支援コーディネーター）と協働しながら医療・介護資源マップを作成し、ホームページでの周知を行いました。また、在宅医療について周知啓発を図るため、在宅医療サポートセンター、上益城5町と共同で在宅医療に関するリーフレットなどを作成しました。

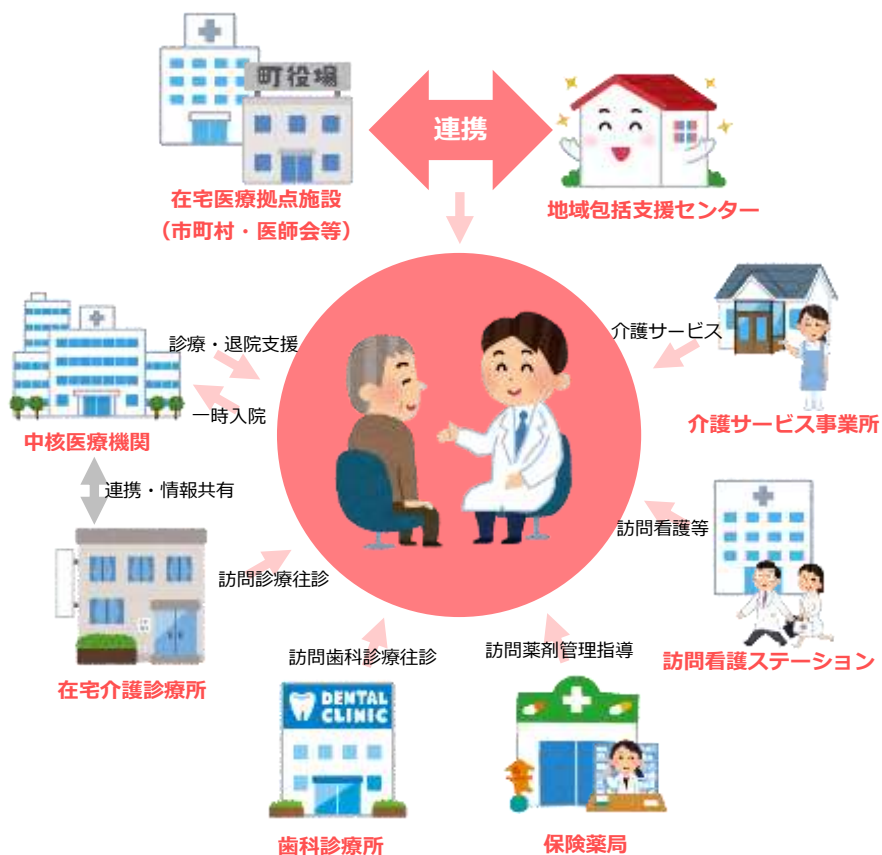
本町では、郡医師会（在宅医療サポートセンター）や上益城圏域の他町と協働で地域の医療・介護関係者などが参画する会議を開催し、在宅医療に関する現状、困り感の把握、課題の抽出を行っています。また、町内の医療機関と介護サービス事業所などとの連携強化を図るため、地域包括支援センターと連携し、意見交換会や研修などを通して、顔の見える関係づくりを推進しているところです。

郡医師会（在宅医療サポートセンター）などとの共同で研修を開催していますが、医療機関、介護関係者の参加者の多くが固定化している状況にあり、積極的な参加を促す必要があります。

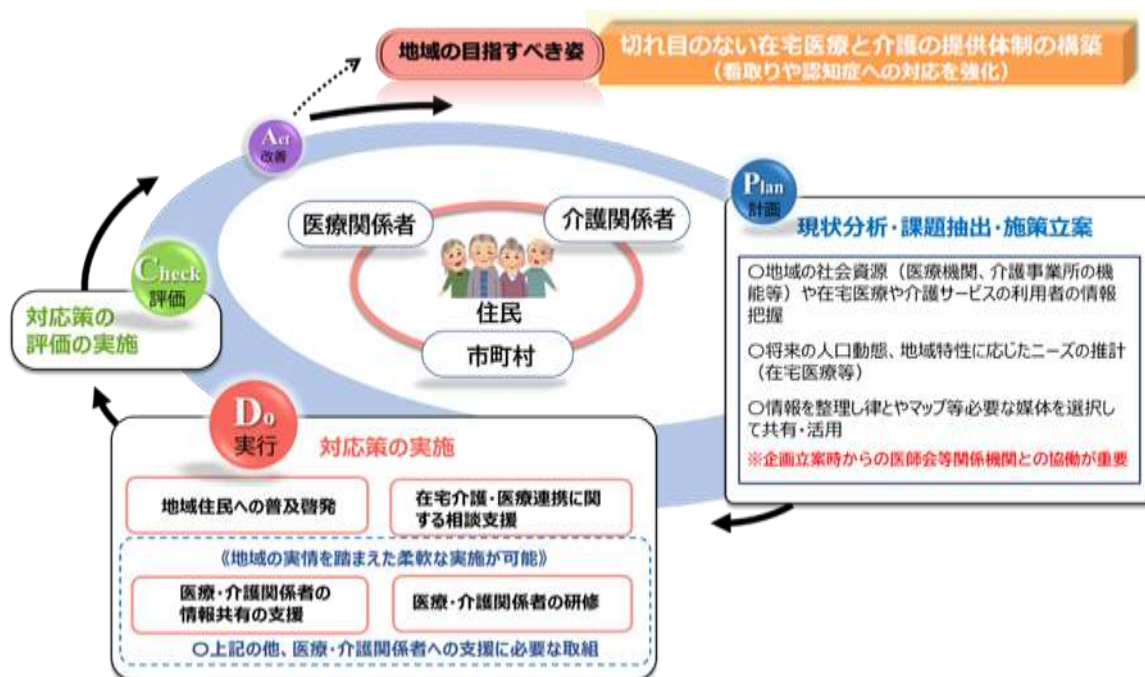
ICTを活用した情報共有・連携についての取組としては、くまもとメディカルネットワーク、上益城MCS（メディカルケアステーション）などについて医療、介護関係者などに周知を図っています。

令和5年の法改正によって創設された医療法におけるかかりつけ医機能報告などを踏まえた協議の結果も考慮しつつ、必要となる在宅医療・介護連携の体制を充実させていきます。

在宅医療・介護の連携体制(イメージ)



地域包括ケアシステム構築に向けた在宅医療・介護連携推進事業の在り方



【今後の取組】

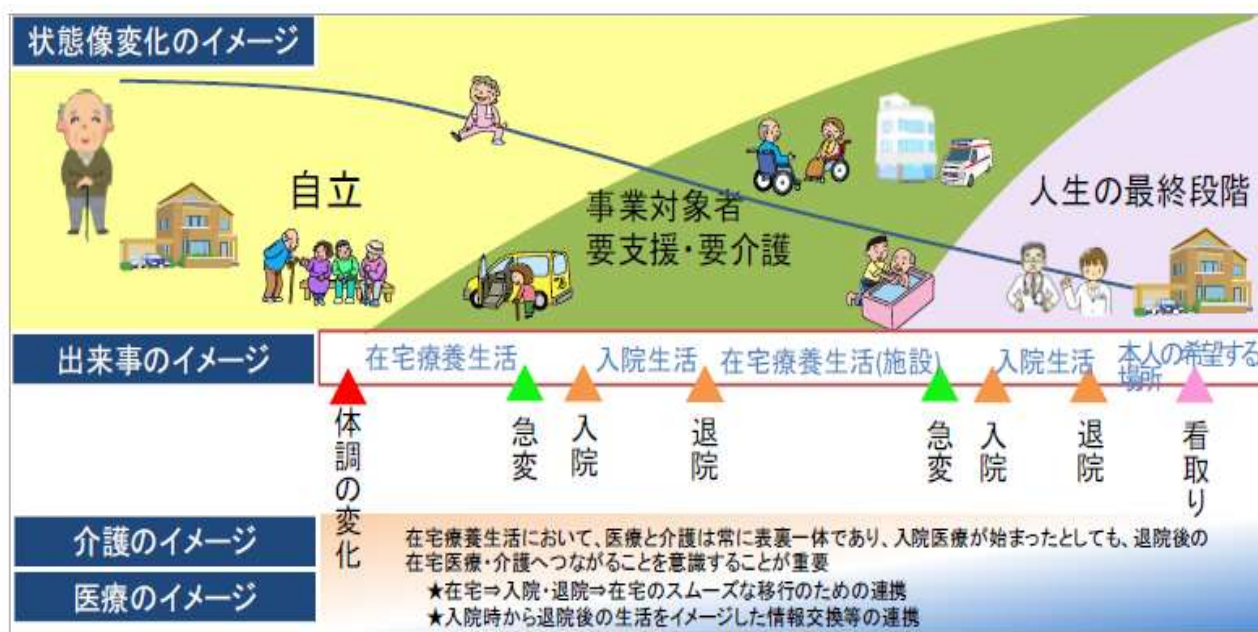
- 地域の医療機関、介護サービス事業所の機能などを情報収集し、「益城町の在宅医療と介護資源マップ」を更新し、住民や関係機関などと共有・活用できるよう充実を図ります。
- 多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築などにより在宅医療・介護関係者の顔の見える関係づくりを行い、相互理解、連携強化を図ります。
- 地域の医療・介護関係者などが参画する会議を県、郡医師会、保健所などと協働しながら開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握、課題の抽出を行い、協議します。
- 地域包括支援センターに設置している在宅医療・介護連携に関する相談窓口を住民や関係機関への周知徹底を図り、医療・介護関係者の連携を推進します。
- 医療・介護関係者が目指す多職種連携を実践できるよう、研修会の開催を支援します。
- くまもとメディカルネットワーク、上益城 MCS（メディカルケアステーション）などに関する普及啓発を継続的し、活用を図ります。

郡医師会（在宅医療サポートセンター）、地域包括支援センター、介護サービス事業所などと連携し、4つの場面（入退院支援・日常の療養支援・急変時の対応・看取りへの対応）での支援体制充実を目指します。

【今後の取組】

- 入退院支援：医療機関、地域包括支援センター、介護サービス事業所などの協働による入退院支援が適切に行えるよう支援していきます。
- 日常の療養支援：住民自身が、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス適切に選択し、利用できるよう情報提供を行っていきます。また、切れ目のない医療、介護サービスが提供されるよう、多職種間の連携強化を支援していきます。
- 急変時の対応：地域包括支援センター、介護関連事業所などと、住民自身が急な体調変化に備えられるような仕組みを検討し、住民へ周知啓発を図っていきます。（人生会議（アドバンス・ケア・プランニング：ACP）、救急情報シートの活用）
- 看取りへの対応：医療、介護関係者が、本人の意思を踏まえた対応ができるよう、意思決定支援の在り方についての勉強会、資料（エンディングノート）などの作製を行います。また、患者や家族などに対して、看取りに関する適切な情報提供を行います。

## 高齢者の状態像の変化と出来事のイメージ



出典：在宅医療・介護連携推進事業の手引き

## (2) 在宅家族介護者への支援

住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、支援が必要な高齢者本人だけでなく、介護者への支援が重要です。特に介護離職防止の観点からも、介護者への支援は重要な課題となっています。

介護に関する不安や悩みなど、精神的な負担を軽減するため、介護知識・技術の習得機会や介護の悩み相談、介護者同士の交流機会を提供しています。

### 【今後の取組】

- 介護知識・技術を習得する機会をつくるため、介護者教室を開催します。
- 介護者相互の交流や介護に関する情報交換を行うため、介護者交流会を開催します。
- 多くの介護者に参加してもらえよう、参加者にアンケートを実施するなど、関係機関と共に内容を検討していきます。
- 介護のために離職せざるをえない状況を防止するため、仕事と両立のための制度や介護の相談窓口などについて、広報紙やリーフレットを活用し周知啓発を図ります。
- 常時介護が必要な人を在宅で介護している人の負担を軽減し、在宅福祉を増進することを目的とした介護者手当の支給を継続します。
- 介護用品支給事業については、高齢者の状態を踏まえて支給を行いますが、今後も、国・県の動向を踏まえ、本事業のあり方について検討していきます。

**(3) 第8次熊本保健医療計画・上益城保健医療計画との関係性**

県民が地域で安心・安全に暮らし続けられるための持続可能な保健医療体制の構築を基本目標とした、「第8次熊本保健医療計画・上益城保健医療計画（以下、「第8次計画」という。）」が策定されています。

第8次計画では、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並びに在宅医療・介護の充実などの構築が一体的に行われることを重要としていた第7次計画の方向性を維持し、新たに「新興感染症の発生・まん延時における医療体制の確保」が追加されています。

本町では、第8次計画との整合性を図り、医療と介護及び在宅医療にかかわる関係機関の多職種が連携し、情報の共有や切れ目のない支援を行うことができるよう、地域の現状把握や連絡調整などに努めます。



## 計画の柱4 認知症施策・権利擁護の推進

### 1 認知症施策の推進

認知症は、加齢に伴い誰にでも起こり得るもので、厚生労働省によると令和7年(2025年)には、約5人に1人になると報告されています。

しかし、本町では、令和元年時点での認知症高齢者は、高齢者の21.4%を占めることから、令和7年には2,200人前後と推測され、さらに増加することが見込まれます。

また、認知症への理解が十分でないまま家族で抱え込んでしまう現状や、単身世帯、高齢者のみ世帯が増加するなか、地域での支えあい、見守り支援体制の充実・強化を図り、適切なサービスにつなぐ必要があります。

令和元年6月に閣議決定された「認知症施策推進大綱」では、「共生」と「予防」を基本的な考え方として示され、本町においても、認知症に関する様々な施策を推進してきました。

認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会(=共生社会)の実現を推進することを目的とし、令和5年6月に成立した「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」などを踏まえ、本町では、認知症の人が尊厳と希望をもって認知症とともに生きること、また認知症があっても同じ社会で共に生活できることを目指し、認知症への理解を深めるための普及啓発活動の推進、多職種でのチームによる支援、認知症地域支援推進員の配置など、認知症施策を総合的に推進します。

#### 認知症施策推進大綱の概要

認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる「共生」※1を目指し、「認知症バリアフリー」の取組を進めていくとともに、「共生」の基盤の下、通いの場の拡大など「予防」※2の取組を政府一丸となって進めています。

※1「共生」：認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる、という意味。

※2「予防」：「認知症になるのを遅らせる」、「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味。

- ① 普及啓発・本人発信支援
- ② 予防
- ③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
- ④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
- ⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

上記5つの柱に沿って施策を推進します。なお、これらの施策は全て認知症の人の視点に立って、認知症の人やその家族の意見を踏まえて推進することを基本としています。

※令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議にて決定

## (1) 認知症の人・家族への支援の充実

### ① 認知症への理解を深めるための普及啓発の推進

認知症になっても、症状が悪化せず、穏やかに住み慣れた地域で暮らし続けるためには、地域の実状に応じて認知症の人やその家族に対する支援を効果的に行うことが重要です。

そのため、認知症に対する理解を深めることを目的に、あらゆる機会を通じて正しい情報の提供や、認知症の状態に応じた医療・介護サービスなどの提供の流れを示した「認知症ケアパス」の普及を図り、認知症対策への取組を住民や民間団体などと協働で推進しています。

普及啓発として、認知症の状態に応じた医療・介護サービスなどの提供の流れを示した「認知症ケアパス・ガイドブック改訂版」、「認知症ケアパス概要版」を作成し、町内医療機関などへ配布を行いました。また、令和5年9月には「認知症ケアパス概要版」を町内全戸配布しました。さらに、世界アルツハイマー月間（9月）を活用し、町施設と小中学校に、認知症に関する書籍や映画、ドラマなどの紹介チラシを配布しました。

加えて、特設相談会の開催や映画上映会なども行い、周知啓発取組の充実を図っています。

しかしながら、認知症に関して、恥ずかしいと思っている人がいたり、介護することへの負担を周りに気軽に相談できないなどの声が挙がっているため、認知症への正しい理解を深めることが課題と考えます。

### 【今後の取組】

- 医療機関などの町内の関係機関に「認知症ケアパス・ガイドブック」を配布し、継続的に周知啓発の協力を依頼します。
- 世界アルツハイマーデー及び月間（9月）に認知症に関する普及啓発を行います。
- 地域への出前講座を活用し、認知症に関する知識の啓発に努めます。
- 認知症対策への取組を住民や民間団体などと協働で推進します。

## ② 認知症サポーターの養成及び活躍できる場の拡充（★）

認知症に対する正しい知識と理解を持ち、地域で暮らす認知症の人々やその家族を応援する「認知症サポーター」の養成を、地域サロンや認知症カフェなどの場を活用し、実施しています。また、教育委員会部局との連携を図り、小学生を対象とした認知症サポーター養成講座を継続的に開催しています。その結果、町内における認知症サポーターは、令和4年度末時点で5,453人となっています。

その他、認知症サポーター養成講座を受講した方を対象に、認知症サポーター・ステップアップ講座の実施及び「アクティブ会議（ステップアップ講座受講生の会議）」を開催し、認知症本人、介護者支援について検討したり、認知症講座を担う人材の育成や確保を行うため、キャラバンメイト養成講座を実施しました。

### 【今後の取組】

- 認知症サポーター養成の更なる拡充を目指します。（中学校、町内小売店など）
- 認知症サポーター養成講座の受講者が、さらに認知症への理解を深められるようフォローアップ研修による人材育成を行い、安心声かけ訓練や地域の見守りなどのサポーター活動の充実に向け、支援を継続します。
- キャラバン・メイト連絡会を開催し、養成講座を担える人材として活躍できるよう支援します。（サポーター養成講座の企画、内容の充実）

## ③ チームオレンジ活動の推進

チームオレンジ設置に向けて、先進的な取組を行っている地域と意見交換会を実施し、地域の実情に合ったチームオレンジ設置についての検討を行いました。その結果、モデル地区へ働きかけを行い、チームオレンジを1か所設置しました。

### 【今後の取組】

- アクティブ会議を活用し、認知症当事者またその家族のニーズにあった、個別支援型チームオレンジの検討を行います。
- チームオレンジの活動に継続的な支援を行い、拡充を図っていきます。

## (2) 認知症の人・家族を支える体制の構築

### ① 益城町見守り高齢者等事前登録事業の推進

認知症により、行方不明となるおそれがある高齢者などを、町に事前登録し、警察署や地域包括支援センターなどと情報を共有し、行方不明となった際、早期に発見できるよう、「益城町見守り高齢者等事前登録事業」を実施しています。事前登録事業については、町ホームページやケアマネジャーなどを通じて情報提供をしています。

#### 【今後の取組】

- 必要な人が適切に見守り登録事業の利用につながるよう、町民、医療機関、居宅介護支援事業所などの関係機関への周知啓発を推進します。
- 見守り登録事業の利用者については、本人や家族から聞き取りなどを行い、利用状況について把握していきます。
- 地域包括支援センターや介護保険事業所、民生委員・児童委員などと協力し、認知症高齢者や家族のニーズにあった支援を行います。

### ② 認知症カフェへの支援 (★)

認知症の本人及び家族が、地域の身近な場所で、医療・保健・福祉の専門職（介護福祉士、看護師など）に相談しながら交流ができる場として、認知症疾患医療センターや認知症地域支援推進員の支援を得ながら、地域住民と協力し実施しています。

カフェ活動の地域が限られているため、拡大を目指す必要があります。また、参加者が限定的になっているカフェもあるため、参加者の拡充も課題となっています。

#### 【今後の取組】

- 認知症の人を支えるつながり支援や家族の負担軽減を図り、認知症の人の家族に対する支援を推進していきます。
- 認知症の人やその家族が、不安や悩み事の相談や介護情報を得ることができる認知症カフェの開設・継続支援を行います。
- 認知症の人やその家族、関係者や住民が認知症カフェに気軽に参加できるよう、場所の拡充に努めます。
- カフェ活動への新規参加者を増やすため、町広報紙などを活用し広く周知します。

### ③ 介護者のつどい「いきぬこ～会」への支援

介護者の意見交換などの活動を目的として、介護者のつどい「いきぬこ～会」（家族介護者同士の交流の場）を実施しています。この会の活動は、家族介護者同士の交流につながっていますが、新規参加者が少なく、新規参加者の掘り起こしが必要となっています。

#### 【今後の取組】

- 認知症地域支援推進員の支援により、「いきぬこ～会」（家族介護者同士の交流の場）を実施します。
- 新規参加者を増やすため、広報紙や窓口での声かけなどを通して積極的な周知を図ります。

### ④ 若年性認知症施策の推進

若年性認知症（65歳未満で発症する認知症）は、本人や家族に支援などに関する情報が届きにくく、若年性認知症に対応した居場所が少ないなどの課題があります。家族には、介護者のつどい（いきぬこ～会）への参加を継続して勧めていきます。

若年性認知症に対する理解を深めてもらうため、「若年性認知症ガイドブック」を作成し、町内の小中学校や関係機関へ配布し、周知啓発を行いました。

また、若年性認知症に関する研修を開催していますが、参加事業所が限られていることが課題となっているため、認知症地域支援推進員を中心に、認知症疾患医療センターなどと協働し、引き続き働きかけを行います。

#### 【今後の取組】

- 若年性認知症の人の居場所づくりを目的に、介護サービス事業所などを対象とした受入れ支援の働きかけを継続的に行います。
- 医療機関との連携強化を進めるとともに、認知症介護研修などを通じ、適切な認知症ケアの提供に努めます。
- 若年性認知症ガイドブックを活用して、若年性認知症の普及啓発を推進します。
- 若年性認知症支援コーディネーターと連携しながら、ケースの支援の充実を図ります。

(3) 認知症ケア向上推進事業の充実

① 認知症地域支援推進員の配置 (★)

認知症になっても住み慣れた地域で生活を継続するためには、医療、介護及び生活支援を行うサービスが有機的に連携したネットワークを形成し、認知症の人への効果的な支援を行うことが重要です。

本町では「認知症地域支援推進員」を3名配置（益城町社会福祉協議会、東部圏域・西部圏域地域包括支援センター）し、月に1回認知症関連ネットワーク会議を開催して、地域の認知症支援に関する課題をもとに、各年度における事業を計画し、実施しています。

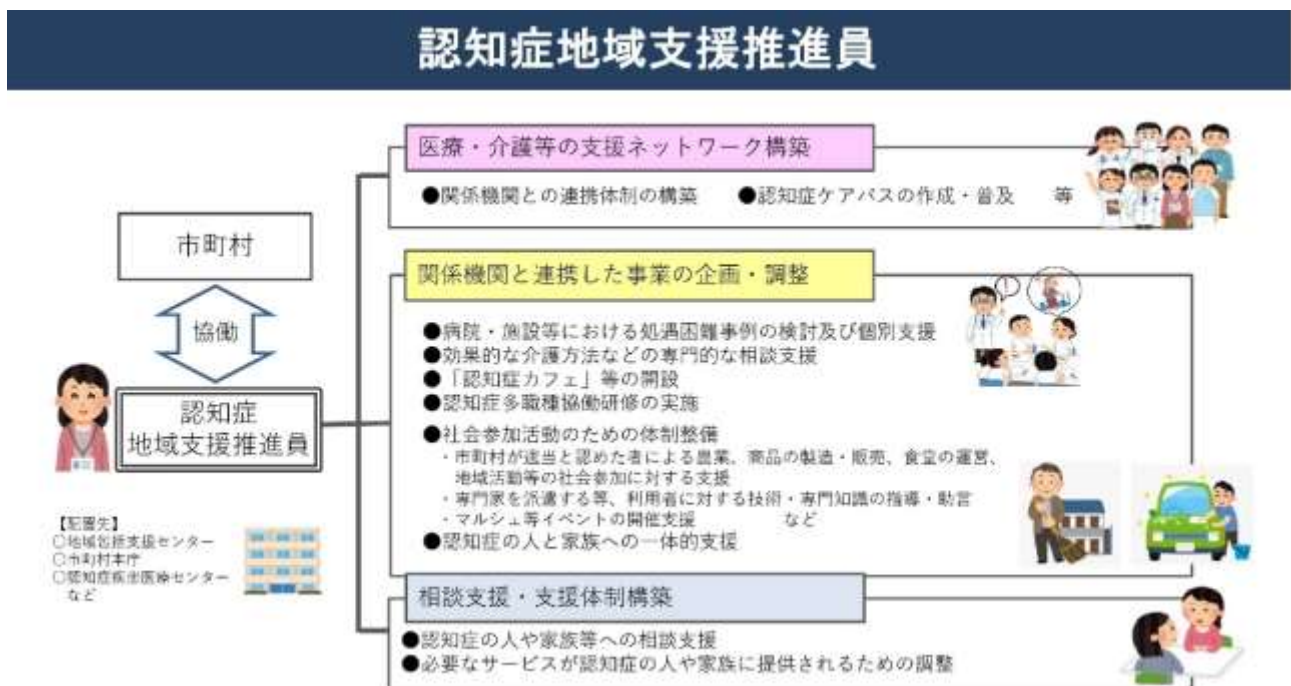
相談支援の一環として、「もの忘れ相談室」を、月1回予約制で実施していますが、利用者が少ない現状があります。

また、「認知症ケアパス」を全戸配布、町広報紙やホームページにおいて、周知していますが、日常生活圏域アンケート調査結果によると、「相談窓口を把握している」割合は3割程度にとどまっており、引き続き周知啓発の徹底が必要です。

認知症の人や家族に対する支援は、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員をはじめ、関係機関、民生委員児童委員などと協力して実施しています。

また、必要に応じて、ケース会議を活用し、支援にあたっています。

認知症の人の社会参加活動の具体的な整備に向け、認知症（若年性認知症含む）への理解を深めるための研修を継続できるよう努めます。



出典：厚生労働省資料

**【今後の取組】**

- 認知症関連ネットワーク会議を月1回開催して、実施状況及び進捗管理を行います。
- ホームページや広報紙、認知症ケアパスを活用し、「もの忘れ相談室」の周知啓発を推進するとともに、気軽に相談しやすいような工夫を行います。
- 市内の商業施設を活用した「高齢者なんでも相談室」について周知を図り、早期支援につなげます。
- 病院・介護保険施設などで認知症対応力向上や多職種連携を図るため、研修などを開催し、支援を継続します。
- 認知症高齢者や若年性認知症の方の希望に応じ、これまでの経験や能力を活かせるよう、社会参加活動の体制整備を推進します。
- 地域密着型サービス事業所・介護保険施設などでの在宅生活継続のための相談・支援を推進していきます。

**② 認知症初期集中支援チームによる早期対応**

認知症初期集中支援チームは、認知症専門医の指導の下、医療と福祉の専門職が認知症の人やその家族（対象者）を訪問し、認知症についての助言を行い、医療機関の受診や介護サービスの利用を勧奨するなど初期段階での包括的かつ集中的な支援を行います。

本町においては、認知症初期集中支援チームを認知症疾患医療センター（益城病院）へ委託し、ケース支援にあたっています。訪問支援など、早期の段階からかかわってもらえるよう働きかけることが必要です。

**【今後の取組】**

- 認知症初期集中支援チーム員会議を月1回程度開催し、ケース事例の情報共有・進捗管理や連携体制の強化に努めます。

## 2 高齢者の権利擁護体制の推進

### (1) 高齢者の権利擁護

認知症の人や自己の判断能力が十分でない高齢者の尊厳が保持される環境づくりを強化するため、関係機関と連携し、相談対応、手続き支援、各種制度の周知啓発、成年後見制度利用支援事業による申立費用及び報酬助成を行っています。

また、専門機関を活用して専門的・継続的な支援を行う権利擁護の取組を推進し、成年後見制度などへの利用につなげています。

#### 【今後の取組】

- 認知症などにより、財産管理や契約手続きなどに関して、自分で十分な判断や意思決定を行うことが難しい高齢者の権利や財産を守るため、関係機関と連携を図ります。
- 成年後見制度の利用を必要とする高齢者が、円滑に利用できるよう相談や手続き支援を行います。
- 地域包括支援センターが、地域住民や民生委員児童委員、居宅介護支援事業所、社会福祉協議会などと連携しながら相談に応じ、地域の高齢者にとっての身近な相談窓口となることができるよう、その充実を図ります。



## (2) 益城町第2期成年後見制度利用促進計画

### ① 計画作成の趣旨

成年後見制度は、認知症や知的障がいなどの精神上的の障がいにより判断能力が十分でない方の権利を守り、財産管理や生活・療育に必要な手続きなどを支援して本人を保護するものであり、本人が地域で生活する上で重要な手段の一つです。しかし、制度の利用者数は増加傾向にあるものの、認知機能の低下が見られる高齢者数と比較して、少ない状況です。

このような状況のもと、成年後見制度の利用促進を図ることを目的に、平成28年5月に「成年後見制度の利用の促進に関する法律」（以下「促進法」という。）が施行され、市町村は、国が策定した「成年後見制度利用促進基本計画」（以下「基本計画」という。）を勘案し、成年後見制度の利用の促進に関する施策についての基本的な計画を定めるよう努めることとされました。

これを受け、本町では、第1期益城町成年後見制度利用促進計画（令和3年度～令和5年度）を定め、利用促進に取り組んできました。

この度、国が策定した第2期成年後見制度利用促進基本計画（令和4年度～令和8年度）を勘案しつつ、益城町第1期成年後見制度利用促進計画の取組を振り返り抽出した課題などを反映させた「第2期益城町成年後見制度利用促進計画」を策定し、成年後見制度の利用の促進に取り組めます。なお、本項目（P85～P93）を「益城町第2期成年後見制度利用促進計画」と位置付けます。

本項において、「成年後見人、保佐人、補助人」を「成年後見人等」、「成年被後見人、被保佐人、被補助人」を「本人」、家庭裁判所に後見開始の審判申立てを行う人を「申立人」と表記します。

### ② 計画期間

計画期間は令和6年度から令和8年度までの3年間とします。

年度	平成29年度 (2017年度)	平成30年度 (2018年度)	令和元年度 (2019年度)	令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)	令和5年度 (2023年度)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)
国	第1期成年後見制度利用促進基本計画 平成29年度～令和3年度				第2期成年後見制度利用促進基本計画 令和4年度～令和8年度					
町					第8期高齢者保健福祉計画介護保険事業計画 令和3年度～令和5年度 第1期成年後見制度利用促進計画			第9期高齢者保健福祉計画介護保険事業計画 令和6年度～令和8年度 第2期成年後見制度利用促進計画		

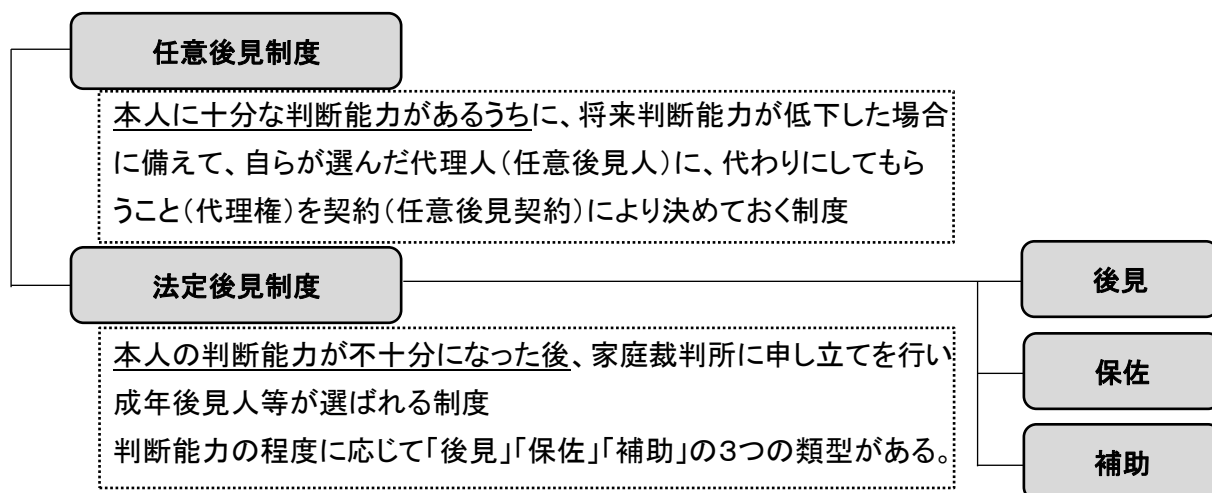
③ 成年後見制度とは

成年後見制度とは、本人の権利を守る援助者である成年後見人等を選任することで、本人を法律的に支援する制度です。住み慣れた地域で自分らしい生活を送るために必要な権利擁護における重要な手段のひとつです。

成年後見制度は、「任意後見制度」と「法定後見制度」の2つに分けられます。「任意後見制度」は、十分な判断能力があるうちに、将来判断能力が低下した場合に備えて、自らが選んだ代理人（任意後見人）に、代わりにしてもらうこと（代理権）を契約（任意後見契約）により決めておく制度で、「法定後見制度」は、判断能力が不十分になった後、家庭裁判所に申し立てを行い、成年後見人等が選ばれる制度です。

また、「法定後見制度」は、判断能力の程度に応じて、「後見」「保佐」「補助」の3つの類型に分けられます。

④ 成年後見制度の種類



## ⑤ 法定後見制度の類型

		後見	保佐	補助
対象となる人		判断能力が欠けているのが通常の状態の人	判断能力が著しく不十分な人	判断能力が不十分な人
申し立てができる人		本人、配偶者、4親等以内の親族、検察官、市区町村長など		
成年後見人等の権限	必ず与えられる権限	財産管理についての全般的な代理権、取消権(日常生活に関する行為を除く)	特定の事項※1についての同意権※2、取消権(日常生活に関する行為を除く)	—
	申し立てにより与えられる権限	—	特定の事項※1についての同意権※2、取消権(日常生活に関する行為を除く) 特定の法律行為※3についての代理権	特定の事項※1についての同意権※2、取消権(日常生活に関する行為を除く) 特定の法律行為※3についての代理権

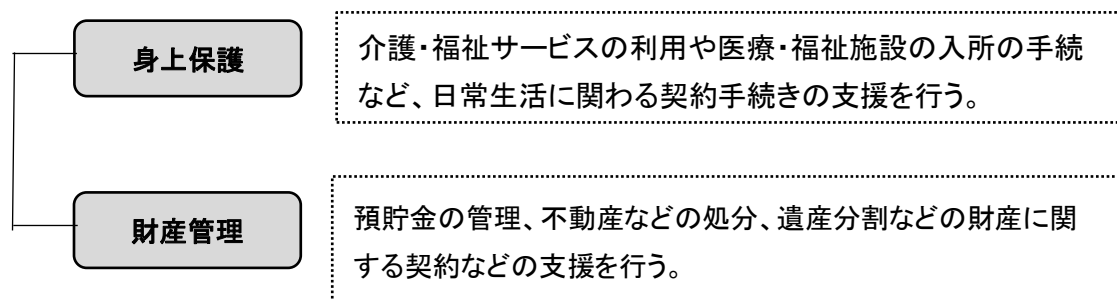
※1 民法第13条1項に揚げられている借金、訴訟行為、相続の承認や放棄、新築や増改築などの事項を言います。ただし、日用品の購入など日常生活に関する行為は除かれます。

※2 本人が特定の行為を行う際に、その内容が本人に不利益でないか検討して、問題がない場合に同意(了承)する権限です。保佐人、補助人は、この同意がない本人の行為を取り消すことができます。

※3 民法第13条1項に揚げられている同意を要する行為に限定されません。

## ⑥ 成年後見人等の職務

成年後見人等の職務は大きく分けて「身上保護」と「財産管理」があります。



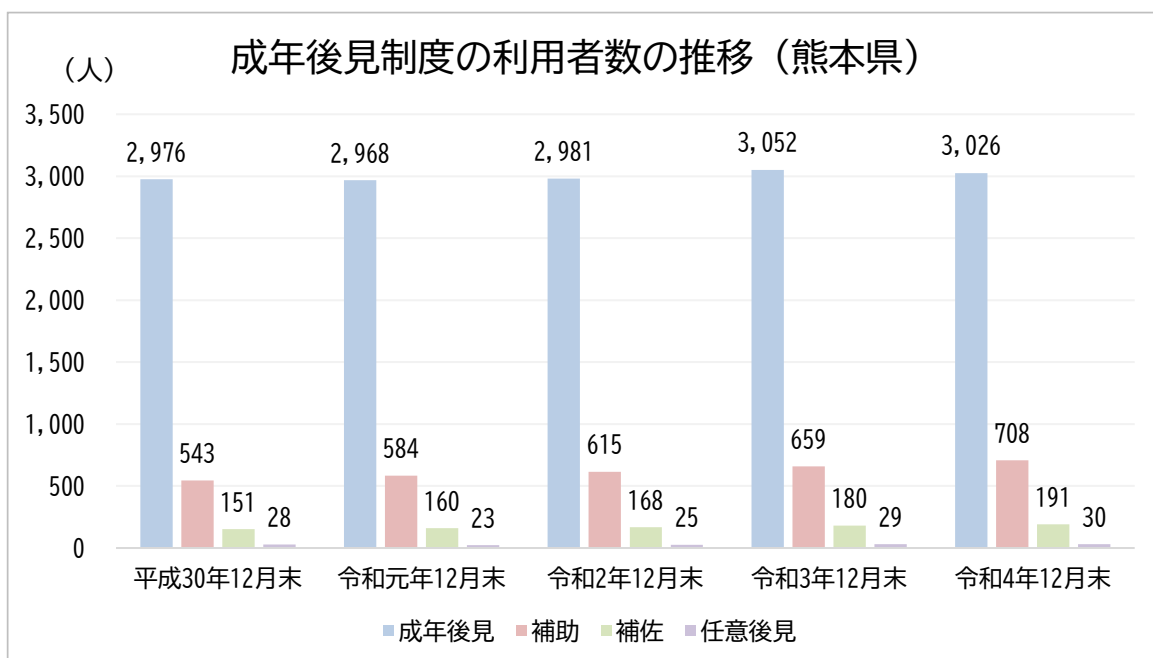
⑦ 現状

ア) 成年後見制度の利用者数の推移（熊本県）

令和4年度の利用者数について、成年後見の割合が76.5%、保佐の割合が17.9%、補助の割合が4.8%、任意後見の割合が0.8%となっています。

※ 本町の状況は以下のとおりです。（令和4年12月末現在）

成年後見：31人、保佐：3人、補助：3人 任意後見：0人（合計37人）



イ) 町長申立件数の推移（熊本県・益城町）

町長申立てについて、県は増加傾向で推移しています。町は令和元年度まで0件でしたが、令和2年度以降は3件～4件で推移しています。

(件)

	2018年度 平成30年度	2019年度 令和元年度	2020年度 令和2年度	2021年度 令和3年度	2022年度 令和4年度
熊本県全体	129	140	211	222	223
益城町	0	0	4	3	4

ウ) 町長申立にかかる成年後見人等への報酬助成状況（益城町）

助成件数については、横ばいで推移しています。

	2018年度 平成30年度	2019年度 令和元年度	2020年度 令和2年度	2021年度 令和3年度	2022年度 令和4年度
件数（件）	2	1	1	1	1
助成額（千円）	316	120	170	160	120

**⑧ 益城町第1期成年後見制度利用促進基本計画の振り返り****ア) 上益城地域成年後見制度利用促進に関する協定を締結**

促進法に基づく成年後見制度利用促進に関する事業を上益城5町（御船町、嘉島町、益城町、甲佐町、山都町）が共同して実施するため、令和3年12月に上益城地域成年後見制度利用促進に関する協定（以下、「協定」という。）を締結しました。

**イ) 中核機関の設置**

本町における成年後見制度の利用促進を推進するため、中心的な役割を担う中核機関を令和4年3月に益城町役場福祉課に設置しました。

中核機関として、家庭裁判所や関係機関と連携を図りながら、広報、相談、利用促進、後見人の支援などに関する事業を実施しました。

**ウ) 上益城地域成年後見制度利用促進協議会の設置**

促進法に基づく施策を運用するに当たり、関係機関との連携及び情報共有を推進するとともに、成年後見制度の利用促進を図るため、協定に基づき、令和4年3月に上益城地域成年後見制度利用促進協議会（以下「協議会」という。）を設置しました。

協議会の開催については、上益城5町で実施し、事業の進捗状況の報告を踏まえた意見交換を行いました。

**エ) 地域連携ネットワーク会議の開催**

成年後見制度利用促進に関して、専門職団体や家庭裁判所などの関係機関と連携し、様々な課題や仕組づくりを検討しました。

**オ) 成年後見制度の認知度向上**

成年後見制度に関する広報記事やホームページの掲載を行い、制度の普及啓発に努めました。

また、福祉の専門職向けに研修会を開催し、制度の利用促進に向けて周知を行いました。

**カ) 本人がメリットを実感できる制度の活用**

本人のニーズに合った適切な成年後見人等が選任されるよう、本人の課題を明確にしたうえで、中核機関が中心となり、関係機関と成年後見人等の職種について検討を行いました。

また、成年後見人等が関係機関と連携して本人の意思決定支援を行えるよう、支援会議を開催しました。

**キ) 成年後見人等を地域で連携して支える体制の構築**

成年後見人等から相談を受ける窓口として、中核機関が中心となり、関係機関と連携を図り対応を行いました。

**ク) 利用者が安心して利用できる体制づくり**

経済的な負担を理由に制度利用をためらうことがないように、後見人等への報酬助成の範囲を拡大し、安心して制度を利用できる体制を整えました。

**⑨ 課題**

**ア) 成年後見制度に関する周知不足**

成年後見制度利用者の約7割が後見類型であることから、認知度の偏りがあり、任意後見や補助、保佐を含めた制度の周知不足があると考えられます。

**イ) 相談窓口の体制強化**

中核機関、地域包括支援センター、社会福祉協議会などで相談を受け付けていますが、相談機能を充実させるため、対応する職員のさらなるスキルアップが求められています。

**ウ) 担い手の不足**

今後の成年後見制度の利用促進の取組も踏まえた需要に対応していくため、法人後見等の体制を整備する必要があります。

**⑩ 今後の取組**

**ア) 広報・啓発の強化**

各専門職団体（弁護士会、司法書士会、社会福祉士会など）や関係機関などと連携して、成年後見制度の仕組みや活用方法・相談窓口などを周知啓発するため、セミナーの開催などの広報啓発活動に努めます。

**イ) 相談機能の強化**

相談者を適切な制度利用につなげるために、研修会の開催などにより中核機関、地域包括支援センター、社会福祉協議会など職員のスキルアップを図ります。

また、専門職団体や家庭裁判所などと連携し専門的な助言を受けることで、相談機能の強化を図ります。

**ウ) 成年後見制度の利用促進**

利用者が制度のメリットを実感できるよう、専門職団体や家庭裁判所などと連携して、利用者のニーズに合った適切な成年後見人等の選任となるよう、受任調整に取り組みます。

**エ) 成年後見人等への支援**

親族後見人などからの相談に応じるとともに、本人及び成年後見人等を支援する権利擁護支援チームの体制づくりや専門職団体などの協力を得られる体制づくりに取り組みます。

**オ) 見守り体制の整備（不正防止効果）**

成年後見人等による横領などの不正事案は、成年後見人等の理解不足、知識不足から生じるケースが多く、チームや地域連携ネットワークでの見守り体制を整備し、親族後見人などが日常的に相談などの支援を受けられる体制を整備することにより不正の発生を未然に防ぐ効果が期待されます。

**カ) 成年後見制度の利用に関する経済的支援**

経済的な理由から制度の利用を躊躇することの無いよう、申立時に要する費用や、成年後見人等への報酬について適切な助成の検討を行います。

本人または親族による申立てが困難な場合は、事実関係を確認し、適切に町長申立てを実施します。

**キ) 担い手の確保**

今後の成年後見制度の利用促進の取組も踏まえた需要に対応するため、法人後見等の体制整備に取り組みます。

**⑪ 権利擁護支援の地域連携ネットワーク体制の拡充**

これらの取組を推進するために、保健・医療・福祉・司法の専門職団体・関係機関が連携協力する、権利擁護の地域連携ネットワークの強化が図られる体制づくりを推進します。

地域連携ネットワークでは、本人を中心とする「権利擁護支援チーム」を支援する「協議会」とその運営・調整などを行う「中核機関」が中心となり、関係機関と連携を図り取組を進めます。

### ア) 権利擁護支援チーム

地域全体の見守り体制の中で、権利擁護が必要な人を地域において発見し、必要な支援に結び付ける機能を強化します。

権利擁護支援が必要な人について、本人の状況に応じ、後見開始前においては本人に身近な親族や地域住民、医療機関、地域包括支援センター、介護支援専門員、介護サービス事業所などの福祉・医療・地域の関係者が、後見など開始後はこれに成年後見人等が加わる形で「権利擁護支援チーム」として関わる体制づくりを推進します。「権利擁護支援チーム」では、法的な権限を持つ成年後見人等と地域の関係者などが協力して日常的に本人を見守り、本人の意思や状況をできる限り継続的に把握し対応します。

### イ) 協議会

後見など開始の前後を問わず、成年後見制度に関する専門相談への対応や、後見などの運用方針などについての家庭裁判所との情報交換・調整などに適切に対応するため、個々のケースに対する「権利擁護支援チーム」での対応に加え、地域において、法律・福祉の専門職団体や関係機関が、これらの権利擁護支援チームを支援する体制を推進します。

また、法律・福祉の専門職団体、社会福祉協議会、民生委員・児童委員、自治会、医療・福祉関係団体、家庭裁判所、中核機関などの関係機関の協力・連携強化、個別の協力活動の実施、多職種間でのさらなる連携強化策などの地域課題の検討・調整・解決などを行います。

### ウ) 中核機関

地域連携ネットワークや協議会を適切に運営するための機関です。

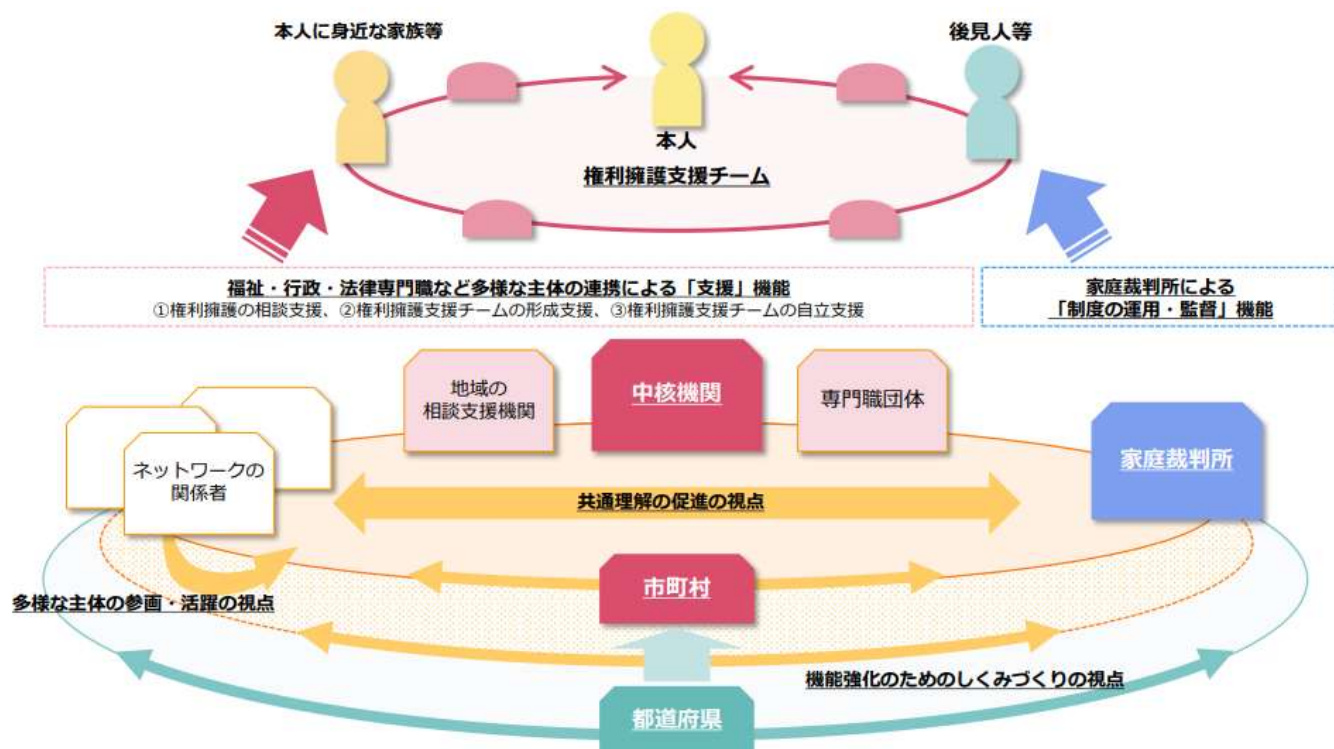
中核機関では、様々なケースに対応できる法律・福祉などの専門知識や、地域の専門職などから円滑に協力を得るノウハウなどが蓄積され、地域における連携・対応強化の推進役としての役割を担います。

また、先に述べた取組のうち、次の4つの取組を中心に担います。

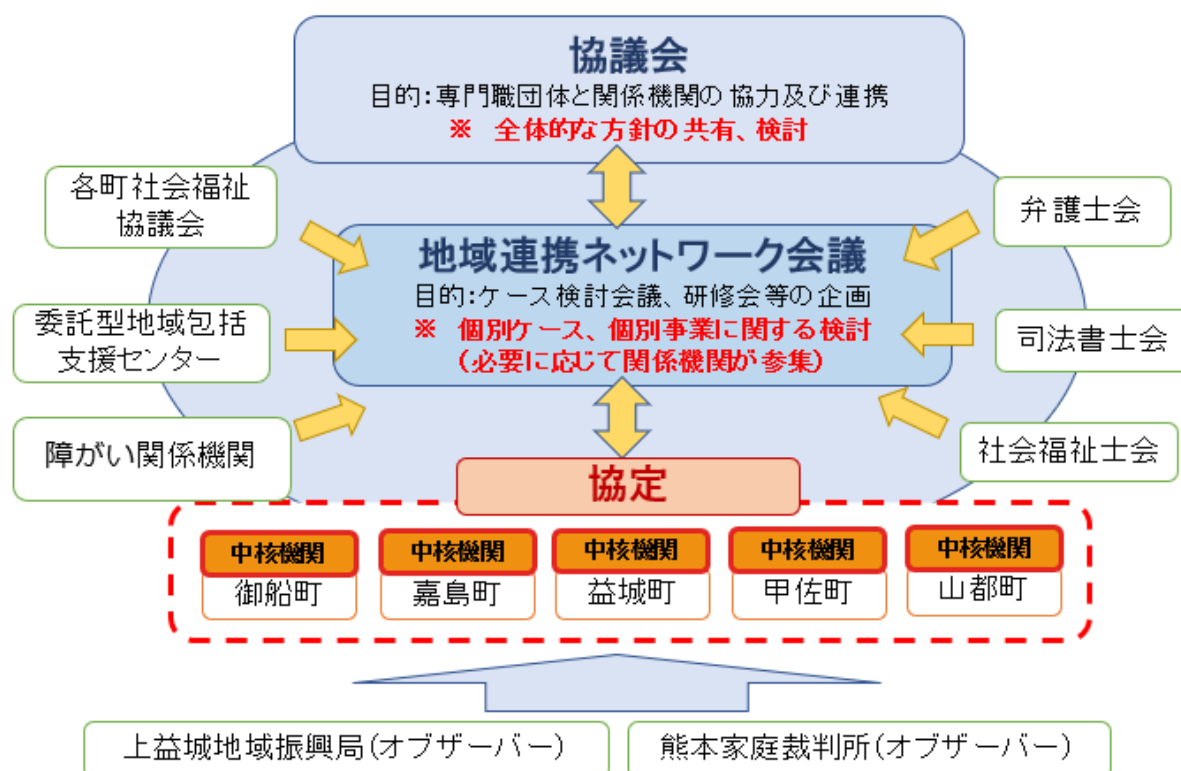
- ① 広報・啓発の強化
- ② 相談機能の強化
- ③ 成年後見制度の利用促進
- ④ 成年後見人等への支援



権利擁護支援の地域連携ネットワークのイメージ（出典：厚生労働省）



上益城地域成年後見制度利用促進協議会・地域連携ネットワーク会議のイメージ



### (3) 高齢者への虐待防止

本町における高齢者虐待件数は、年々増加しており、早期対応・支援が求められていますが、町や地域包括支援センターへの相談について時間を要してしまうことも少なくありません。

対応する際、医療機関受診や介護保険サービスの導入などを勧めても、受診やサービス利用に至らないケースなど、困難を要する場合があります。

また、養介護施設従事者などによる高齢者虐待も起きており、虐待発生の予防・早期発見のための取組を充実する必要があります。

本町では、高齢者虐待の内容やその対応への理解を深めてもらうため、町広報紙やホームページに高齢者虐待について掲載し、周知啓発を図っています。

また、地域包括支援センターと協働して、早期発見、早期対応ができるように、居宅介護支援事業所や介護保険関係施設職員向けの研修を実施し、対応力向上を目指しています。

高齢者虐待への対応では、必要時には関係機関とケース会議を開催し、課題の整理や役割分担を行い、地域包括支援センターと年2回程度進捗管理会議を開催し、支援体制や対応終結に向けた協議を行っています。

養護していない者からの虐待防止やセルフ・ネグレクトなどの権利侵害の防止についても、高齢者の権利擁護業務として対応する必要があることから、関係部署・機関などとの連携体制強化を図ります。

#### 【今後の取組】

- 虐待疑いの段階で早めの相談をしてもらえよう、町広報紙やホームページを活用し、周知啓発を図るとともに、通報先や通報義務についての周知徹底を図ります。
- 地域包括支援センターを中心に民生委員や自治会をはじめとした地域で活動する人や団体、事業所、かかりつけ医、警察署などのネットワークを強化し、高齢者虐待（疑いを含む）の早期発見、迅速かつ適切な対応を行い、高齢者本人や養護者などに対して支援します。
- 高齢者虐待の早期発見・対応力向上を目的に、地域包括支援センターと連携し、介護サービス事業所などの関係機関の職員を対象とした研修を行います。
- 虐待通報を受けた事例に対して、地域包括支援センターと定期的に進捗管理を行い、支援方針などを確認し、関係者の連携による虐待対応支援体制を充実します。
- 必要に応じて、「熊本県高齢者・障害者虐待対応専門職チーム」へ相談しながら、適切な対応・支援を行います。

#### (4) 消費者被害の防止

消費生活相談員による「消費生活相談」を毎週月曜日に実施しており、消費者被害を未然に防止するため、消費センターと定期的な情報交換を行い、高齢者や地域の関係者に必要な情報提供を行っています。

消費者被害事例を把握した場合には、県の担当部局に状況などを報告し、関係機関と連携し被害者の支援を行っています。消費者被害を防止するため、高齢者や民生委員・児童委員などを対象に、消費者被害防止の啓発活動などを行っています。

また、地域包括支援センターにおいても、消費者被害を防ぐため、注意喚起のポスターを配布するなど啓発活動を実施し、各関係機関と連携しながら相談対応を行っています。相談は少ない状況です。

#### 【今後の取組】

- 高齢者の判断力低下に便乗した悪質商法や契約トラブルなど、様々な消費者被害を未然に防止するため、各種講座の開催やリーフレットの配布など、消費生活知識の普及や消費者問題に関する情報提供を行います。
- 消費生活に関する専門知識や資格を有する消費生活相談員の確保に努め、消費生活相談の充実を図ります。
- 地域包括支援センターにおける相談対応、啓発活動を関係機関と連携しながら行います。

## 計画の柱5 暮らしの支援と安心・安全なまちづくり

### 1 福祉サービスによる在宅生活支援

高齢者のひとり暮らしや高齢者のみの世帯の増加が見込まれる中で、高齢者が地域とのつながりや生きがいを持ちながら暮らしていくために、高齢者の個々の生活状況に応じたきめ細かな支援を推進していきます。

#### (1) 住宅改造助成事業

身体的に不自由がある高齢者も安心して自宅で暮らせるようにするために必要な住宅の改造を支援します。

#### 【今後の取組】

○大規模な段差解消やトイレ・浴室などを改修する場合、介護保険の住宅改修費支給制度だけでは不十分な場合があるため、高齢者向けの住宅改造助成事業の活用を勧め、要介護など高齢者の在宅生活が可能となるような住環境づくりの支援に努めます。

#### (2) 敬老事業

高齢者の長寿を祝い、多年にわたり社会に尽くしてきた高齢者へ敬老の意を表することで、高齢者の生きがいや楽しみにつながるよう図ります。

#### 【今後の取組】

○敬老事業については、該当者への敬老祝金支給、金婚夫婦及び一人金婚表彰を行っています。高齢者の新たな課題に応じた支援のあり方について検討を進めます。

#### (3) 日常生活用具給付等事業

防火などの配慮が必要なひとり暮らしの高齢者に対して、電磁調理器などの日常生活用具の給付などにより、日常生活の便宜を図ります。

#### 【今後の取組】

○高齢者の新たな課題や現状に応じた支援のあり方について、検討を進めます。

#### (4) 在宅高齢者等安心確保事業（緊急通報システム事業）

ひとり暮らしで、転倒のおそれなどがある高齢者に緊急通報装置を貸与し、家庭内の事故などによる通報に対して、専門的知識を有する人員の配置により、24時間体制で迅速かつ適切な対応を図り、高齢者の自立した在宅生活を支援しています。

令和4年度末時点での利用者は38名であり、近年の新規登録者は年間5件程度にとどまっているため、本事業の適切な利用につながるよう周知啓発を行っていくことが必要です。

##### 【今後の取組】

- 地域包括支援センターや介護保険事業所、民生委員などと連携し、適切な利用対象者の認定を行います。
- 今後も継続して事業を実施し、高齢者の自立した在宅生活の支援に努めます。

#### (5) 高齢者補聴器購入費用助成事業

聴力機能の低下により、日常生活を営むうえで支障がある高齢者に対し、補聴器の購入に要した費用の全部又は一部を助成しています。

聴力機能の低下による閉じこもりの状態にならないよう、高齢者の社会参加及び地域交流を支援し、高齢者福祉の増進を図ります。

##### 【今後の取組】

- 障がい福祉サービスとの連携を継続し、高齢者の適切な制度利用につながるよう努めます。

## 2 居住環境の充実

高齢者が地域で暮らしていくためには、生活基盤としての住まいの確保が不可欠で、地域においてニーズに応じた住まいが提供されることは、保健・医療・介護・生活支援サービスの提供の前提となるものです。

多様な選択肢から住まいを選ぶことができるよう、住まいに関する様々な情報提供に努めます。

#### (1) 居住環境の整備促進

高齢者がいつまでも安心して在宅生活が続けられるよう、バリアフリー化などの居住環境の整備に対する支援を行います。

【今後の取組】

- 町営住宅や災害公営住宅の入居者も含め、要介護（要支援）認定者については、住宅改修費支給制度を周知し、利用の促進に努めます。
- 本制度では対応できない規模の工事については、住宅改造助成事業の活用を勧めていきます。

（２）有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅

有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅は、高齢者が居住しやすいようバリアフリー化され、安否確認や生活相談などのサービスを受けられます。また、介護が必要になっても介護サービスを利用しながら入居を継続できる施設もあり、高齢者が安心して暮らせる住まいとなっています。

【今後の取組】

- 高齢者が有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の情報を取得し、利用することができるよう、県と連携し情報提供を行います。

（３）養護老人ホーム

環境上及び経済的な理由により、在宅での生活が困難な高齢者へ住生活の支援を行うため、入所措置や施設への支援を行います。

【今後の取組】

- 町内外の養護老人ホームや地域包括支援センター、居宅介護支援事業所と連携を図り、支援が必要な方への案内及び入所判定を行います。
- 養護老人ホームへ入所中の被措置者においても、安心できる生活環境確保のため面談を行います。

#### (4) 移動手段の確保

高齢者の安全で快適な移動手段を確保し、外出しやすい環境を整備することが、高齢者の日常生活活動の拡大や健康維持に寄与するものと期待されます。

本町では、車や自動二輪車（原動機付き自転車を含む。）を運転していない、65歳以上74歳未満の運転免許自主返納者や、75歳以上の高齢者に対して、タクシー券を交付しています。

また、市街地においては、コミュニティバスを運行して公共施設や県道熊本高森線へのアクセス性の向上を図るとともに、集落部においては、デマンド（予約）型の乗合タクシー事業（「福田地区乗合タクシー」及び「津森地区乗合タクシー」）を実施し、対象地区の方々の市街地への移動手段を確保しています。

しかし、今後、高齢者の運転免許証返納後の移動手段や復興に向けた新たなまちづくりに対応した交通体系に対するニーズが高まっていくことが予想されます。

このような状況において、公共交通機関を中心とした地域交通網の充実や地域の支え合いなどによる移動など、様々な移動手段の検討・取組を進めていく必要があります。

#### 【今後の取組】

- 高齢者の移動手段の現状、ニーズを把握し、移動支援サービスの検証、検討を行っていきます。
- 買い物をするための移動手段がない高齢者や、生活必需品の購入が困難になりつつある地域において、移動販売や買い物送迎など、買い物弱者に向けた取組を検討します。
- コミュニティバスや乗合タクシーをはじめとした公共交通の市街地を運行している「木山・広安循環線」について、災害公営住宅の整備や益城台地土地区画整理事業の進展などに伴う新たなまちづくりに対応した路線への見直しを行うとともに、町内の移動利便性を図るとともに、町内の交通不便地域の解消に向けた検討を引き続き行っていきます。

### 3 安全性に配慮した生活環境の整備

#### (1) 防災対策

昨今の大規模災害において、災害からの安心・安全の確保、被害の軽減が重要な課題となっています。

災害時における体制として、地域住民による防災活動を担う「自主防災組織」の結成や活動活性化を促進することが重要であることをふまえ、町をはじめとして、消防団や事業所、防災士連絡協議会などとの連携体制の構築を推進しています。

また、自治体、関係機関、団体などと、災害時における応援体制や受援体制の強化を目的とした協定を締結し、防災体制の充実を図っています。

#### 【今後の取組】

- 「自らの身の安全は自らが守る」を基本に、防災知識の普及を図ります。
- 事業所などの防災対策を推進するため、関係機関と連携し、早めの避難などの周知や啓発の実施に加え、各種訓練や研修会の開催を支援します。
- 要配慮者施設の避難訓練などの状況を定期的に確認するよう努めます。
- 小学校区単位又は地区単位の自主防災組織の結成を支援します。
- 関係機関や団体と連携し、災害発生時における応援体制や受援体制を構築するとともに、平時から地域と連携した防災体制の充実を目指します。
- 「地域防災計画」に基づき、避難行動要支援者に対する避難支援プランの作成に努めます。
- 介護保険施設などにおいて災害時であっても、最低限のサービスの提供を維持できるよう、業務継続に向けた計画（BCP）の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施などに係る必要な助言など適切な支援を行います。

#### (2) 感染症対策

新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、本町では、令和2年5月に益城町新型コロナウイルス感染症災害対策本部運営マニュアル及び避難所運営マニュアルを作成し、体制整備を図りました。

感染症に対する備えについては、介護事業所など関係機関と連携し、訓練の実施や感染拡大防止策の周知や啓発など平時からの事前準備、また、感染者が確認された場合における業務の確保に向けた体制の構築などを行うことが重要です。



**【今後の取組】**

- 介護保険施設などにおいて新興感染症などが発生した場合であっても、サービスの提供が継続できるよう、業務継続に向けた計画（BCP）の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施などに係る必要な助言など適切な支援を行います。
- 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会の開催などを支援します。
- 平時から県や保健所、協力医療機関などと連携した支援体制の整備、介護事業所など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、調達及び輸送体制の整備を促進します。

**（3）交通安全啓発**

子どもから高齢者まで幅広い年代の町民に対し、警察署や交通安全協会などとともに、春と秋の全国交通安全運動期間をはじめとして、各種キャンペーンなどを実施することで、交通事故防止を目的とした啓発活動に努めています。

今後も、警察署や交通安全協会をはじめ、交通指導員や民生委員・児童委員、老人会など各種団体との連携を深め、交通安全の普及啓発を推進し、交通事故防止を図ることが重要です。

**【今後の取組】**

- 交通指導員、老人会、婦人会、民生委員・児童委員などとの連携をさらに深め、自治会、PTAなどの協力を得ながら、啓発活動への参加者増大を図ります。
- 小学校における交通安全教室を継続開催し、子どもの交通事故防止に努めます。
- 運転免許証の自主返納の啓発や安全運転サポート車の推奨などにより、高齢者をはじめとした住民の交通安全意識の高揚を図り、重大交通事故の防止に努めます。
- 地域における各種団体の活動の現場や職場において、積極的に交通安全教育を推進します。

#### (4) 防犯対策

現在、町内で窃盗事件や不審者事案などが発生した際には、町職員による防犯パトロールの実施やましきメール、防災行政無線を活用し、被害発生状況や防犯対策を、高齢者世帯などを含め町民の皆様へ提供し、被害の未然防止及び拡大防止を図っています。

また、通学路を中心に町内50か所に防犯カメラを設置し、見守り活動を強化するとともに、老人会の会合などで防犯講話を行うなど、啓発活動を実施しています。

#### 【今後の取組】

- 高齢者が犯罪被害に遭わないよう、町広報紙やホームページをはじめ、地域サロンや地区行事などの場を活用するなど啓発活動を行い、防犯意識の高揚を図ります。
- 地域全体で協力して防犯に努めるという共助意識を高めるため、防犯パトロール隊の増設や拡充などについて検討します。

## 計画の柱6 介護サービスの充実

### 1 介護サービスの提供

団塊世代が後期高齢者となる令和7年（2025年）、団塊ジュニア世代が高齢者となる令和22年（2040年）に向け、サービス基盤を整備することが求められています。

要支援・要介護認定者の状態やニーズに対応できるよう、中長期的な視野に立って、各種介護サービスの充実を図ります。

#### （1）居宅サービス

「訪問サービス」、「通所サービス」、「短期入所サービス」などがあり、要支援・要介護認定者の在宅での生活を支援します。

#### 【今後の取組】

○在宅の高齢者が安心して自立した生活を送られるよう、介護支援専門員などと連携して適切な介護サービスの提供及び質の向上を図ります。

#### （2）地域密着型サービス

認知症の人や介護が必要になった人が住み慣れた地域で生活が継続できるように支援します。町が指定した事業者がサービスを提供し、町内の要支援・要介護認定者が対象となります。

#### 【今後の取組】

○町内の高齢者が住み慣れた地域でいつまでも生活を維持できるよう、地域密着型サービスの整備の必要性について、適時、サービスの充足度を確認しながら検討していきます。

#### （3）施設サービス

「特別養護老人ホーム」、「介護老人保健施設」、「介護医療院」において、介護やリハビリなどを通じて入所中の要介護者などの身体機能や生活の質の維持・改善を図ります。

**【今後の取組】**

- 災害などの不測の事態にも、情報提供などの支援を行い、24時間、365日の安心を提供する施設機能が維持されるよう努めます。
- 介護スタッフが在籍し、高齢者が利用しやすい施設は、高齢者にとっても有用な資源であるため、事業者などと連携して、施設と地域とがつながるよう支援します。

## 2 情報提供、相談対応

利用者が自由にサービスを選択するためには、必要な時に的確な情報を容易に手に入られることが重要です。より良い情報提供体制の確立に努めるとともに、情報を総合的に整理し、分かりやすく伝えていきます。また、苦情相談については、大きな問題に発展しないよう、適切に問題解決に努めます。

### (1) 事業者情報の提供

利用者やその家族などが、適切に事業者を選択できるよう支援します。

**【今後の取組】**

- 町内の事業者の正確な情報収集に努め、ホームページ公開などにより、必要な情報がすぐに手に入るよう図ります。
- 初めて要介護認定を受けられた人には、町内の居宅介護支援事業所一覧を被保険者証とともに送付し、スムーズにサービス利用を開始できるよう支援します。

### (2) 苦情対応・解決のための体制の強化

介護サービスに対する疑問や不安が解消され、介護保険制度の信頼を高められるよう努めます。

**【今後の取組】**

- 住民が気軽に相談できるよう、町をはじめ、地域包括支援センター、社会福祉協議会などの相談窓口の周知を強化し、また、相談に適切に対応できるよう、互いの連携を深め相談対応力の向上に努めます。
- 要介護認定に対する不服や、介護保険制度運営上の苦情相談について、迅速かつ円滑に対応ができるよう、関係機関との連携に努めます。

### 3 地域密着型サービス事業者などの適切な指定、指導監査 (★)

地域密着型サービスの事業者指定にあたっては、利用者などが関与できる公平・公正で透明な仕組みを構築して、良質なサービスの誘導、計画に定める整備量を超えるサービスの抑制など、本町の実情に配慮した指定を行います。また、事業者において適正なサービス提供が行われるように、指導監査の機能強化を図ります。

#### 【今後の取組】

- 事業所が開催する、活動状況の情報提供や意見交換の場である運営推進会議に出席して、事業所の状況把握に努めていきます。
- 居宅介護支援事業者についても、地域密着型サービス事業者同様、地域の実情に配慮した指定を行い、適切なサービス提供が行われるよう指導監査を行います。
- 関係機関と連携しながら、事業者の法令遵守などの体制整備や事業者本部への立ち入り調査など、不正の防止に努めます。

## 4 介護・福祉人材の確保及び資質の向上

介護サービスのニーズがますます増加・多様化することが想定され、地域の高齢者の介護を支える人材の確保が課題となっています。

増加・多様化する高齢者の介護ニーズに対応できるよう、新たな人材を確保する取組や介護人材の資質の向上及び定着化、介護業務の効率化や質の向上に向け、多面的な取組を実施します。

### (1) 人材の確保及び定着促進

#### 【今後の取組】

- 事業者などと連携して必要な人材の把握に努め、人材確保や定着促進に資する方策を検討します。
- 学校、事業者などと協力して介護に関する仕事をPRするなど、将来の担い手となりうる学生が、介護現場に参加しやすい環境整備を進めます。
- 若い世代からの介護職参入を促進するため、介護福祉士等修学資金貸付事業の周知を行います。
- 多様な介護人材を確保していくため、地域の高齢者ボランティアなどによる介護現場への参入も視野に入れ、理解促進・関係団体などとの連携を図ります。
- 外国人介護人材を受け入れる予定のある事業所や受け入れを検討する事業所に対し、国や県が発信する情報や補助に関する情報を周知し、支援します。

### (2) 資質の向上 (★)

地域の高齢者の生活状況は様々で、介護サービスに対するニーズも多様化しています。それらのニーズに対応し、高齢者に真に必要なサービスが提供されるよう支援者の資質の向上に努めます。

#### 【今後の取組】

- 質の高いサービスの提供を目指し、医療や認知症対応など今後一層求められる知識・能力の向上のために行われる施設内研修などが充実するよう事業者への支援を検討します。
- 地域包括支援センターや「介護支援専門員連絡会」と連携を図り、研修会を通じて、介護職員の資質の向上を図ります。

### (3) 介護従事者の処遇改善の推進

介護従事者が将来の展望を持って業務に従事できるよう支援します。

#### 【今後の取組】

○介護職員の安定的な処遇改善を図るための環境整備や介護職員の賃金改善に資することを目的として「介護職員処遇改善加算」について、事業者に対し届出の支援を行います。

### (4) 介護現場における介護職員の負担軽減の推進

#### 【今後の取組】

○ロボット・センサー、ICTを用いることで、介護事業所・施設における課題を解決し、介護職員の身体的・精神的負担を軽減し、介護の質を維持することが可能なことから、これらの導入における情報提供などの支援を行い、効率的な業務運営の確保に努めます。

## 5 介護保険給付の適正化

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（平成 29 年法律第 52 号）により、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）の一部が改正され、市町村介護保険事業計画には介護給付などに要する費用の適正化に関し、市町村が取り組むべき施策に関する事項及びその目標を定めるものとされました。

今後、必要な給付を適切に提供するための適正化事業をさらに推進していくため、「要介護認定の適正化」、「ケアプランの点検」、「医療情報との突合・縦覧点検」などの事業を柱としつつ、より具体性・実効性のある構成・内容に見直しを行うことにより、事業を一層推進していく必要があります。

### （1）要介護認定の適正化（★）

適正かつ公平な要介護認定の確保を図るため、認定調査の実施状況の把握や、認定調査員の質の向上に取り組めます。

#### 【今後の取組】

- 町職員と認定審査会事務局（上益城広域連合）による二重点検を行い、指摘（確認）事項を認定調査員へフィードバックすることで、認定調査員の資質向上を図ります。
- 居宅介護支援事業所などへ委託する認定調査については、重点的に調査内容の点検を実施し、適切かつ公平な要介護認定の確保を図ります。

### （2）ケアプラン等の点検（★）

ケアプラン点検は、利用者の支援につながる真に必要なサービスを確保するとともに、その状態に適合していないサービス提供の改善を図ることを目的とします。

住宅改修の点検は、住宅改修が受給者の重度化防止や自立支援に資するものであるかを点検することで、住宅改修にかかる給付の適正化を目的としています。

福祉用具購入・貸与の点検は、福祉用具の利用実態を把握し、不適切な福祉用具利用を是正することを目的とします。



## 【今後の取組】

- 本計画期間は、国保連合会から出力される帳票の中から、点検において有効性が高いと見込まれる帳票を活用し、認定状況と利用サービス不一致の被保険者、高齢者向け住まい入居者を重点的に点検します。
- 住宅改修に関しては、改修の内容が自立支援に資するものであるか、またその費用が適切であるかを、専門職による施工前、施工後の書類確認や現地調査にて点検します。
- 福祉用具貸与に関しては、国保連合会から提供される帳票を活用し、軽度者に対する福祉用具貸与を把握し不適切な利用を是正することに努めます。
- 福祉用具購入に関しては、購入費が高額と考えられるもの、使用者の自立を助けるものであることに留意しながら、本人への必要性を書類確認や訪問調査にて点検します。

**(3) 給付実績の縦覧点検・医療情報との突合 (★)**

縦覧点検では、提供されたサービスの整合性などを確認し必要に応じて修正（過誤申立）を求めます。医療情報突合においては、医療と介護の重複請求の是正を目的とします。

## 【今後の取組】

- 給付実績の縦覧点検及び医療情報との突合は、費用対効果が最も期待できることから、優先的に実施するとともに、効率的な実施を図るため、国保連への委託や保険者の活用頻度の高い帳票を対象とした点検を行います。

## ★縦覧点検において特に有効性が高い帳票

- ・重複請求縦覧チェック一覧表
- ・算定期間回数制限チェック一覧表
- ・単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表
- ・居宅介護支援請求におけるサービス実施状況一覧表

## 第5章 介護予防サービス、介護サービスの見込量

### 1 介護予防サービス、居宅サービス等

#### (1) 訪問介護

利用者の居宅にホームヘルパーが訪問し、食事や入浴、排せつの介助などの身体介護や、買い物、洗濯、掃除などの生活援助を行うもので、居宅介護における中心的なサービスとして位置付けられています。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
介護 給付	給付費(千円)	154,076	171,956	186,123	182,119	186,572	190,728
	回数(回/月)	4,860.3	5,451.9	6,092.6	5,876.6	6,008.1	6,141.9
	人数(人/月)	243	246	235	240	245	251

#### (2) 介護予防訪問入浴介護・訪問入浴介護

利用者の居宅に移動入浴車などの入浴設備を持ち込み、入浴・洗髪の介助や心身機能の維持・確認を行うものです。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
予防 給付	給付費(千円)	0	19	0	0	0	0
	回数(回/月)	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人/月)	0	0	0	0	0	0
介護 給付	給付費(千円)	7,151	6,185	4,826	5,018	5,024	5,818
	回数(回/月)	50	43	34	34.6	34.6	39.9
	人数(人/月)	7	7	5	7	7	8

#### (3) 介護予防訪問看護・訪問看護

利用者の居宅に看護師などが訪問し、主治医の指示のもと、健康状態の管理や処置などを行います。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
予防 給付	給付費(千円)	15,205	14,036	13,885	14,982	15,747	15,747
	回数(回/月)	358.6	352.1	338.1	359.7	377.5	377.5
	人数(人/月)	38	36	37	39	41	41
介護 給付	給付費(千円)	83,744	85,313	87,307	89,616	91,946	94,766
	回数(回/月)	1,636.2	1,685.7	1,771.5	1,789.3	1,833.5	1,891.3
	人数(人/月)	146	153	154	160	164	169

**(4) 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**

利用者の居宅に理学療法士や作業療法士などが訪問し、日常生活を送るために必要な心身の機能の維持回復を図ることを目的としたサービスです。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
予防 給付	給付費(千円)	1,267	986	300	331	332	332
	回数(回/月)	37.4	28.5	9.0	9.8	9.8	9.8
	人数(人/月)	3	3	1	2	2	2
介護 給付	給付費(千円)	6,129	7,324	12,292	10,401	10,414	11,026
	回数(回/月)	169.1	208.3	353.9	291.4	291.4	307.2
	人数(人/月)	13	16	18	16	16	17

**(5) 介護予防居宅療養管理指導・居宅療養管理指導**

利用者の居宅に医師・歯科医師・薬剤師などが訪問し、療養上の管理指導を行うものです。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
予防 給付	給付費(千円)	840	1,432	1,732	2,243	2,246	2,246
	人数(人/月)	7	12	14	18	18	18
介護 給付	給付費(千円)	19,806	23,966	26,262	29,060	29,571	30,163
	人数(人/月)	143	163	175	190	193	197

**(6) 通所介護**

利用者が通所介護事業所（デイサービスセンターなど）に通所し、食事や入浴などの日常生活上の世話を受けるほか、機能訓練や社会交流による日常生活能力の維持（認知症予防など）を図ることを目的としたサービスです。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
介護 給付	給付費(千円)	425,892	400,683	411,896	425,600	437,035	447,445
	回数(回/月)	4,800	4,489	4,541	4,612.1	4,735.5	4,851.1
	人数(人/月)	381	377	386	398	409	419

**(7) 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**

利用者が病院や介護老人保健施設などに通所し、心身機能の維持回復を目的に、理学療法士や作業療法士の指導のもとで専門的なリハビリテーションを受け、送迎・入浴・食事などのサービスも受けられるサービスです。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
予防 給付	給付費(千円)	53,290	46,169	37,759	40,984	41,840	42,358
	人数(人/月)	120	107	87	94	96	97
介護 給付	給付費(千円)	239,810	240,073	273,576	295,520	302,193	308,236
	回数(回/月)	2,415.0	2,380.8	2,719.6	2,868.6	2,937.1	2,998.3
	人数(人/月)	234	235	263	274	281	287

**(8) 介護予防短期入所生活介護・短期入所生活介護**

短期入所とは、介護者の事情などにより居宅での介護が困難になった際に、施設に一定期間入所し、入浴・食事・排せつなどの介護や日常生活の世話、機能訓練などを受けるものです。

特別養護老人ホームに入所する場合は、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護となります。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
予防 給付	給付費(千円)	447	431	0	0	0	0
	日数(日/月)	5.6	5.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人/月)	1	1	0	0	0	0
介護 給付	給付費(千円)	79,844	81,769	90,649	107,441	109,403	111,789
	日数(日/月)	753.8	762.7	819.4	946.4	963.5	986.0
	人数(人/月)	71	76	82	94	96	99

**(9) 介護予防短期入所療養介護・短期入所療養介護(老健)**

短期入所のうち、介護老人保健施設に入所する場合のものです。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
予防 給付	給付費(千円)	0	123	666	0	0	0
	日数(日/月)	0.0	1.0	5.4	0.0	0.0	0.0
	人数(人/月)	0	0	2	0	0	0
介護 給付	給付費(千円)	12,403	11,961	18,863	6,746	7,604	7,604
	日数(日/月)	90.2	89.8	142.2	48.7	55.0	55.0
	人数(人/月)	14	14	14	9	10	10

**(10) 介護予防短期入所療養介護・短期入所療養介護（病院等）**

短期入所のうち、病院などに入所する場合のものです。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
予防 給付	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0
	日数(日/月)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人/月)	0	0	0	0	0	0
介護 給付	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0
	日数(日/月)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人/月)	0	0	0	0	0	0

**(11) 介護予防短期入所療養介護・短期入所療養介護（介護医療院）**

介護医療院などに短期間入所し、食事・入浴・排せつ、その他日常生活の介護や機能訓練を行います。

短期入所のうち、病院などに入所する場合のものです。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
予防 給付	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0
	日数(日/月)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人/月)	0	0	0	0	0	0
介護 給付	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0
	日数(日/月)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人/月)	0	0	0	0	0	0

**(12) 介護予防福祉用具貸与・福祉用具貸与**

利用者が日常生活を営むために、心身の状況や環境などに応じて自立を助ける適切な福祉用具の選定・貸与を行うものです。

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	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
予防 給付	給付費(千円)	12,012	11,588	11,338	11,097	11,405	11,538
	人数(人/月)	205	189	179	175	180	182
介護 給付	給付費(千円)	75,978	83,913	92,946	98,037	99,688	101,922
	人数(人/月)	582	604	651	676	689	706

**(13) 特定介護予防福祉用具販売・特定福祉用具販売**

居宅での介護を円滑に行うことができるように、5種目の特定福祉用具について購入費用の一部を支給するサービスです。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
予防 給付	給付費(千円)	773	731	343	343	343	343
	人数(人/月)	3	2	1	1	1	1
介護 給付	給付費(千円)	2,749	2,604	1,789	1,702	2,037	2,037
	人数(人/月)	8	7	5	5	6	6

**(14) 介護予防住宅改修・住宅改修**

在宅生活に支障がないように行う住宅の改修（段差解消、手すり取付けなど）に対し、費用の一部を支給するものです。

また、住宅改修費の支給申請の際に介護支援専門員が行う理由書作成に対して、居宅介護支援事業所などへ費用を助成する「住宅改修支援事業」を行います。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
予防 給付	給付費(千円)	2,619	2,225	1,600	2,998	2,998	2,998
	人数(人/月)	3	2	2	4	4	4
介護 給付	給付費(千円)	5,604	6,730	4,093	3,680	3,680	3,680
	人数(人/月)	6	8	4	4	4	4

**(15) 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**

特定施設としての指定を受けた有料老人ホーム、ケアハウスなどに入居している利用者に対して、介護サービス計画（ケアプラン）に基づいて入浴、食事などの介護、機能訓練などを行うものです。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
予防 給付	給付費(千円)	1,821	1,904	1,500	2,281	6,151	6,151
	人数(人/月)	2	3	2	3	7	7
介護 給付	給付費(千円)	70,412	70,922	64,496	76,652	149,961	149,961
	人数(人/月)	32	37	29	33	64	64

(16) 介護予防支援・居宅介護支援

居宅介護支援事業は、利用者の意向をもとにした介護支援専門員（ケアマネジャー）によるケアプランの作成やサービス提供事業者などとの連絡調整など居宅サービス利用にかかわる総合調整を行うものです。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
予防 給付	給付費(千円)	15,431	14,415	13,256	13,504	13,631	13,961
	人数(人/月)	287	268	245	246	248	254
介護 給付	給付費(千円)	139,826	143,205	149,282	156,939	157,798	162,540
	人数(人/月)	846	850	868	896	901	928

## 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。

### (1) 定期巡回・随時対応サービス

重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行うサービスです。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
介護 給付	給付費(千円)	2,176	7,541	9,417	5,535	5,542	5,542
	人数(人/月)	1	4	9	2	2	2

### (2) 地域密着型通所介護

定員18人未満で、事業所に通所し、食事や入浴などの日常生活上の世話を受けるほか、機能訓練や社会交流による日常生活能力の維持（認知症予防など）を図ることを目的としたサービスです。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
介護 給付	給付費(千円)	41,661	39,093	28,793	25,957	27,308	28,269
	回数(回/月)	495.0	473.6	367.7	330.8	347.6	359.0
	人数(人/月)	51	49	43	42	44	46

### (3) 介護予防認知症対応型通所介護・認知症対応型通所介護

認知症の要介護者・要支援者が居宅で自立した生活を営むことができるよう、デイサービスセンターなどにおいて、通所により入浴、排せつ、食事などの介護、日常生活上の世話や機能訓練を受けられるサービスです。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
予防 給付	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0
	回数(回/月)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数(人/月)	0	0	0	0	0	0
介護 給付	給付費(千円)	30,990	27,288	28,329	26,466	28,007	29,271
	回数(回/月)	250.9	220.1	220.0	203.2	214.4	223.2
	人数(人/月)	20	17	17	17	18	19



**(4) 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**

居宅若しくは省令で定めるサービス拠点に通わせ、又は短期間宿泊させ、入浴・排せつ・食事などの介護、その他日常生活上の世話、機能訓練などを行うものです。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
予防 給付	給付費(千円)	4,451	2,937	4,829	3,878	3,883	3,883
	人数(人/月)	6	4	6	5	5	5
介護 給付	給付費(千円)	36,537	39,283	40,829	42,438	44,165	44,165
	人数(人/月)	16	18	18	19	20	20

**(5) 看護小規模多機能型居宅介護**

居宅若しくは省令で定めるサービス拠点に通わせ、又は短期間宿泊させ、入浴・排せつ・食事などの介護、その他日常生活上の世話、機能訓練などを行うものに加え、看護師などによる「訪問看護」を組み合わせることができます。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
介護 給付	給付費(千円)	34,659	34,268	49,968	37,089	41,830	44,791
	人数(人/月)	15	14	18	15	17	18

**(6) 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**

認知症の要介護認定者に対して、共同生活を行う住居において、入浴・排せつ・食事などの介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うものです。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
予防 給付	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0
	人数(人/月)	0	0	0	0	0	0
介護 給付	給付費(千円)	161,842	163,913	173,857	172,094	178,477	181,695
	人数(人/月)	53	54	55	54	56	57

**(7) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護**

定員30人未満の小規模な介護老人福祉施設で、入浴・排せつ・食事などの介護など日常生活上の世話や機能訓練を行うサービスです。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
介護 給付	給付費(千円)	3,544	2,706	0	0	0	0
	人数(人/月)	1	1	0	0	0	0

**(8) 地域密着型特定施設入居者生活介護**

地域密着型特定施設での入浴・排せつ・食事などの介護など、日常生活上の世話や機能訓練を行うサービスです。

話や機能訓練を行うサービスです。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
介護 給付	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0
	人数(人/月)	0	0	0	0	0	0

**(9) 夜間対応型訪問介護**

夜間の定期的な巡回訪問や、通報に応じて介護福祉士などに来てもらう介護サービスです。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
介護 給付	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0
	人数(人/月)	0	0	0	0	0	0

**【地域密着型サービスの必要利用定員総数の設定】**

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

		令和5年度		令和6年度		令和7年度		令和8年度	
		施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員
認知症対応型 共同生活介護	東部	1	18	1	18	1	18	1	18
	西部	2	36	2	36	2	36	2	36
	合計	3	54	3	54	3	54	3	54
地域密着型 特定施設入居者生 活介護	東部	0	0	0	0	0	0	0	0
	西部	0	0	0	0	0	0	0	0
	合計	0	0	0	0	0	0	0	0
地域密着型 介護老人福祉施設 入所者生活介護	東部	0	0	0	0	0	0	0	0
	西部	0	0	0	0	0	0	0	0
	合計	0	0	0	0	0	0	0	0

### 3 施設サービス

#### (1) 介護老人福祉施設

身体上又は精神上著しい障がいがあるため常時介護を必要とし、自宅において介護を受けることが困難な高齢者に対して、入浴・排せつ・食事などの介護、その他日常生活の世話をを行う入所施設です。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
介護 給付	給付費(千円)	538,640	556,224	572,670	550,251	550,947	550,947
	人数(人/月)	161	164	169	161	161	161

#### (2) 介護老人保健施設

在宅復帰を目的として、リハビリテーションを含む看護・医療サービスを提供するとともに、入浴・排せつ・食事などの介護、その他日常生活上の世話をを行う入所施設です。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
介護 給付	給付費(千円)	340,529	356,955	364,949	392,236	392,732	392,732
	人数(人/月)	99	101	100	106	106	106

#### (3) 介護医療院

日常的な医学管理が必要な要介護者の受入れや看取り・ターミナルケアなどの機能と、生活施設としての機能を兼ね備え、「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す。

		実績		見込み	見込み		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
介護 給付	給付費(千円)	71,457	72,583	77,151	74,762	74,857	74,857
	人数(人/月)	17	18	17	16	16	16

## 4 地域支援事業見込量

地域支援事業は、介護が必要にならないように原則 65 歳以上の方を対象に、要支援・要介護状態になる前からの介護予防を推進し、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から市町村が実施する事業で、事業内容により「介護予防・日常生活支援総合事業」、「包括的支援事業」、「任意事業」の3つの事業に分かれます。

なお、介護予防・日常生活支援総合事業の見込みを次のとおり設定します。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
<b>介護予防・生活支援サービス事業</b>			
訪問型サービス			
訪問介護相当サービス（延べ人数/年）	1,001人	1,006人	1,011人
訪問型サービスA（人数/年）	※	※	※
訪問型サービスB（人数/年）	※	※	※
訪問型サービスC（延べ人数/年）	5人	10人	15人
訪問型サービスD（人数/年）	※	※	※
通所型サービス			
通所介護相当サービス（延べ人数/年）	2,250人	2,261人	2,272人
通所型サービスA（延べ人数/年）	12人	14人	16人
通所型サービスB（人数/年）	※	※	※
通所型サービスC（延べ人数/年）	50人	55人	60人
<b>一般介護予防事業</b>			
介護予防ケアマネジメント（延べ人数/年）	1,804人	1,813人	1,822人
介護予防普及啓発事業			
介護予防教室（延べ回数/年）	224回	228回	228回
地域サロン（箇所）	56箇所	57箇所	57箇所
地域介護予防活動支援事業（団体数/年）	100団体	110団体	120団体
地域リハビリテーション活動支援事業			
リハ職派遣回数（回数/年）	58回	60回	62回

※令和6年度から「地域のニーズ」や「活動の主体となる住民」の情報をもとに、協議体や生活支援コーディネーターと連携して事業内容や形態を決定・推進していく予定であるため、現時点において見込み量はありません。

## 第6章 第1号被保険者の介護保険料の設定

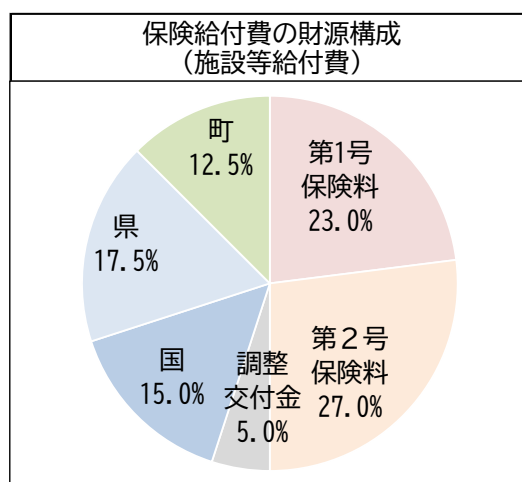
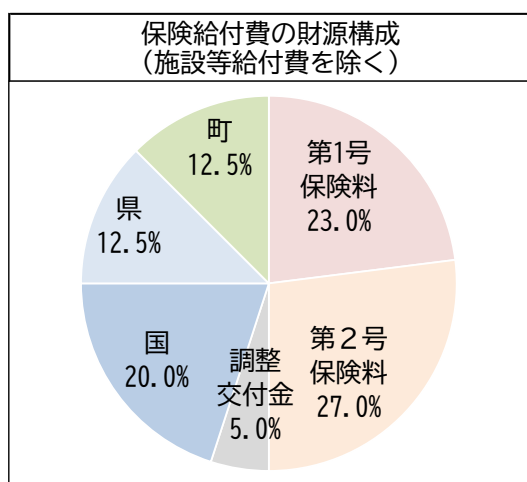
### 1 財源構成

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。

本計画期間（令和6年度から令和8年度まで）の第1号被保険者の負担割合は、第8期計画と同様に23%となります。

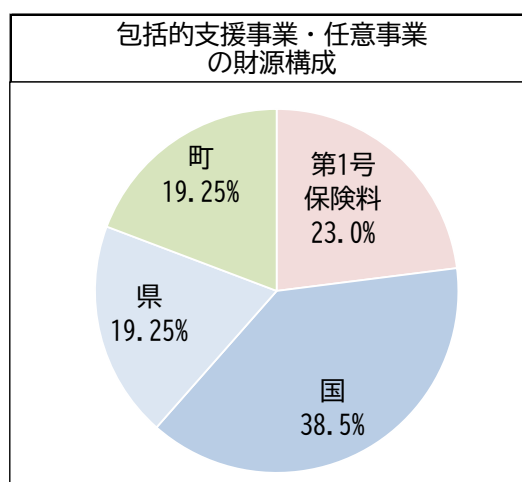
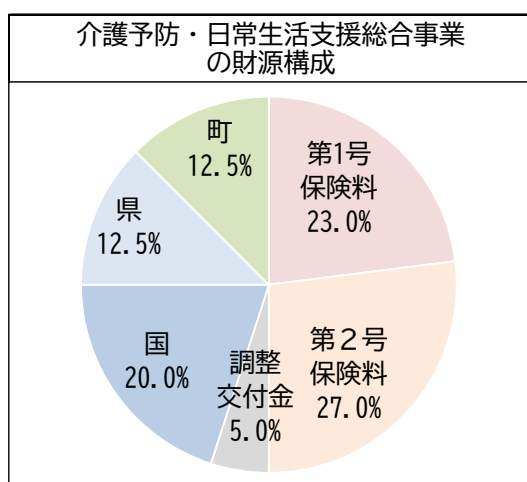
#### (1) 介護給付費の財源構成

介護給付に係る財源の2分の1は公費で、残りの半分は介護保険料でまかなわれており、それぞれの財源構成は次のとおりとなっています。



#### (2) 地域支援事業費

地域支援事業に係る財源は、介護予防・日常生活支援総合事業と包括的支援事業・任意事業とは異なり、それぞれの財源構成は次のとおりとなっています。



## 2 被保険者数・要介護（要支援）認定者推計

### (1) 被保険者数推計

単位：人

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
第1号被保険者数	10,174	10,220	10,267
第2号被保険者数	10,264	10,329	10,396
総数	20,438	20,549	20,663

### (2) 要介護（要支援）認定者数推計

単位：人

		令和6年度	令和7年度	令和8年度
総数	要支援1	200	204	208
	要支援2	295	300	304
	要介護1	503	524	541
	要介護2	317	322	330
	要介護3	266	274	280
	要介護4	286	290	292
	要介護5	139	140	143
	合計	2,006	2,054	2,098

うち第1号被保険者	要支援1	199	203	207
	要支援2	293	298	302
	要介護1	491	512	529
	要介護2	311	316	324
	要介護3	259	267	273
	要介護4	284	288	290
	要介護5	132	133	136
	合計	1,969	2,017	2,061

### 3 サービスごとの給付費の見込み

#### (1) 介護予防サービス給付費の見込み

単位：千円

	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	第9期 合計
<b>(1) 介護予防サービス</b>				
介護予防訪問入浴介護	0	0	0	0
介護予防訪問看護	14,982	15,747	15,747	46,476
介護予防訪問リハビリテーション	331	332	332	995
介護予防居宅療養管理指導	2,243	2,246	2,246	6,735
介護予防通所リハビリテーション	40,984	41,840	42,358	125,182
介護予防短期入所生活介護	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（老健）	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	11,097	11,405	11,538	34,040
介護予防特定福祉用具購入費	343	343	343	1,029
介護予防住宅改修費	2,998	2,998	2,998	8,994
介護予防特定施設入居者生活介護	2,281	6,151	6,151	14,583
<b>(2) 地域密着型介護予防サービス</b>				
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	3,878	3,883	3,883	11,644
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0	0
<b>(3) 介護予防支援</b>				
	13,504	13,631	13,961	41,096
予防給付費計	92,641	98,576	99,557	290,774

## (2) 介護サービスの給付費の見込み

単位：千円

	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	第9期 合計
<b>(1) 居宅サービス</b>				
訪問介護	182,119	186,572	190,728	559,419
訪問入浴介護	5,018	5,024	5,818	15,860
訪問看護	89,616	91,946	94,766	276,328
訪問リハビリテーション	10,401	10,414	11,026	31,841
居宅療養管理指導	29,060	29,571	30,163	88,794
通所介護	425,600	437,035	447,445	1,310,080
通所リハビリテーション	295,520	302,193	308,236	905,949
短期入所生活介護	107,441	109,403	111,789	328,633
短期入所療養介護（老健）	6,746	7,604	7,604	21,954
短期入所療養介護（病院等）	0	0	0	0
短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0	0
福祉用具貸与	98,037	99,688	101,922	299,647
特定福祉用具購入費	1,702	2,037	2,037	5,776
住宅改修費	3,680	3,680	3,680	11,040
特定施設入居者生活介護	76,652	149,961	149,961	376,574
<b>(2) 地域密着型サービス</b>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	5,535	5,542	5,542	16,619
夜間対応型訪問介護	0	0	0	0
地域密着型通所介護	25,957	27,308	28,269	81,534
認知症対応型通所介護	26,466	28,007	29,271	83,744
小規模多機能型居宅介護	42,438	44,165	44,165	130,768
認知症対応型共同生活介護	172,094	178,477	181,695	532,266
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	37,089	41,830	44,791	123,710
<b>(3) 施設サービス</b>				
介護老人福祉施設	550,251	550,947	550,947	1,652,145
介護老人保健施設	392,236	392,732	392,732	1,177,700
介護医療院	74,762	74,857	74,857	224,476
<b>(4) 居宅介護支援</b>				
	156,939	157,798	162,540	477,277
介護給付費計	2,815,359	2,936,791	2,979,984	8,732,134



## (3) 総給付費の見込み

単位：千円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	第9期合計
予防給付費計	92,641	98,576	99,557	290,774
介護給付費計	2,815,359	2,936,791	2,979,984	8,732,134
給付費計	2,908,000	3,035,367	3,079,541	9,022,908

## 4 地域支援事業費の見込み

## (1) 介護予防・日常生活支援総合事業

単位：千円

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	第9期合計
訪問介護相当サービス	1,131	1,143	1,144	3,417
訪問型サービスA	0	0	0	0
訪問型サービスB	0	0	0	0
訪問型サービスC	1,140	1,140	1,140	3,420
訪問型サービスD	0	0	0	0
訪問型サービス(その他)	0	0	0	0
通所介護相当サービス	4,078	4,119	4,123	12,320
通所型サービスA	74	74	75	223
通所型サービスB	0	0	0	0
通所型サービスC	5,040	5,040	5,040	15,120
通所型サービス(その他)	0	0	0	0
栄養改善や見守りを目的とした配食	0	0	0	0
定期的な安否確認、緊急時の対応、 住民ボランティア等の見守り	0	0	0	0
その他、訪問型サービス・通所型サービス の一体的提供等	0	0	0	0
介護予防ケアマネジメント	9,524	9,620	9,629	28,773
介護予防把握事業	0	0	0	0
介護予防普及啓発事業	6,117	6,178	6,184	18,478
地域介護予防活動支援事業	3,119	3,150	3,153	9,422
一般介護予防事業評価事業	0	0	0	0
地域リハビリテーション活動支援事業	0	0	0	0
上記以外の介護予防・日常生活総合事業	0	0	0	0

(2) 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

単位：千円

	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	第9期 合計
包括的支援事業 （地域包括支援センターの運営）	47,172	47,333	47,433	141,937
任意事業	15,194	15,194	15,194	45,581

(3) 包括的支援事業（社会保障充実分）

単位：千円

	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	第9期 合計
在宅医療・介護連携推進事業	500	500	500	1,500
生活支援体制整備事業	13,255	13,255	13,255	39,765
認知症初期集中支援推進事業	2,000	2,000	2,000	6,000
認知症地域支援・ケア向上事業	13,000	13,000	13,000	39,000
認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業	4,000	4,000	4,000	12,000
地域ケア会議推進事業	176	176	176	528

(4) 地域支援事業費合計

単位：千円

	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	第9期 合計
介護予防・日常生活支援総合事業費	30,223	30,463	30,487	91,173
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	62,365	62,526	62,626	187,517
包括的支援事業（社会保障充実分）	32,931	32,931	32,931	98,793
地域支援事業費	125,519	125,920	126,044	377,483

## 5 標準給付費等の見込み

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
総給付費(財政影響額調整後)	2,908,000,000	3,035,367,000	3,079,541,000	9,022,908,000
特定入所者介護サービス費等 給付額(財政影響額調整後)	95,715,856	98,130,189	100,232,296	294,078,341
高額介護サービス費等給付額 (財政影響額調整後)	70,927,836	72,729,642	74,287,753	217,945,231
高額医療合算介護サービス費 等給付額	9,843,360	10,077,030	10,300,964	30,221,354
算定対象審査支払手数料	3,388,050	3,408,825	3,506,700	10,303,575
標準給付費見込額	3,087,875,102	3,219,712,686	3,267,868,713	9,575,456,501

## 6 所得段階別加入者の見込み

単位：人

所得段階 区分	割合	令和6年度	令和7年度	令和8年度	第9期 合計
第1段階	16.0%	1,630	1,638	1,646	4,914
第2段階	11.0%	1,122	1,127	1,132	3,381
第3段階	8.4%	850	854	858	2,562
第4段階	11.1%	1,125	1,130	1,135	3,390
第5段階	14.4%	1,461	1,467	1,474	4,402
第6段階	16.0%	1,623	1,630	1,638	4,891
第7段階	13.3%	1,349	1,355	1,361	4,065
第8段階	5.3%	538	540	543	1,621
第9段階	1.9%	189	190	191	570
第10段階	0.8%	81	81	81	243
第11段階	0.4%	45	46	46	137
第12段階	0.3%	30	30	30	90
第13段階	1.3%	131	132	132	395
計	100.0%	10,174	10,220	10,267	30,661

## 7 第1号被保険者の介護保険料基準額の算定

単位：円

標準給付費見込額	9,575,456,501
+	
地域支援事業費（3年間）	377,483,217
=	
介護保険事業費見込額（3年間）	9,952,939,718
×	
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（3年間）	2,289,176,135
+	
調整交付金相当額（3年間）	483,331,486
-	
調整交付金見込額（3年間）	526,345,000
+	
財政安定化基金拠出金見込額	0
-	
準備基金取崩額	73,200,000
+	
市町村特別給付費等	0
-	
保険者機能強化推進交付金等の交付見込額	9,000,000
=	
保険料収納必要額（3年間）	2,163,962,621
÷	
予定保険料収納率	98.00%
÷	
所得段階別加入割合補正後第1号被保険者数（3年間）	30,231人
÷	
年額保険料	73,200
÷	
12か月	
=	
月額保険料（基準額）	6,100
(参考) 第8期の第1号被保険者の保険料の基準額（月額）	6,100

## 8 所得段階に応じた保険料額の設定

所得状況に応じて、第1号被保険者の介護保険料月額を13の所得段階区分により設定します。各所得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。

区分	対象者	保険料基本率	保険料月額 (年額)
第1段階	生活保護受給者、老齢福祉年金受給者で、世帯非課税の者及び世帯全員が町民税非課税で前年の課税年金収入額+合計所得金額が80万円以下の者	0.455	2,776 (33,306)
		(0.285)	1,739 (20,862)
第2段階	世帯全員が町民税非課税で前年の課税年金収入額+合計所得金額が120万円以下の者	0.685	4,179 (50,142)
		(0.485)	2,959 (35,502)
第3段階	世帯全員が町民税非課税で上記以外の者	0.69	4,209 (50,508)
		(0.685)	4,179 (50,142)
第4段階	世帯課税で本人が町民税非課税の者で、前年の課税年金収入額+合計所得金額が80万円以下の者	0.9	5,490 (65,880)
第5段階	<b>【基準額】</b> 世帯課税で本人が町民税非課税の者で、上記以外の者	1.0	6,100 (73,200)
第6段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が120万円未満の者	1.2	7,320 (87,840)
第7段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が120万円以上210万円未満の者	1.3	7,930 (95,160)
第8段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が210万円以上320万円未満の者	1.5	9,150 (109,800)
第9段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が320万円以上420万円未満の者	1.7	10,370 (124,440)
第10段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が420万円以上520万円未満の者	1.9	11,590 (139,080)
第11段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が520万円以上620万円未満の者	2.1	12,810 (153,720)
第12段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が620万円以上720万円未満の者	2.3	14,030 (168,360)
第13段階	本人が町民税課税で、前年の合計所得金額が720万円以上の者	2.4	14,640 (175,680)

※括弧内は低所得者軽減措置後の保険料基本率、月額保険料、年額保険料

## 9 第9期以降の将来推計

### (1) 第1号被保険者

	令和12年度	令和22年度	令和32年度
65～74歳	3,878人	3,968人	4,391人
75～84歳	4,175人	3,400人	3,499人
85歳以上	2,264人	2,967人	2,661人
第1号被保険者数	10,317人	10,335人	10,551人

### (2) 要介護（要支援）認定者数

		令和12年度	令和22年度	令和32年度
総 数	要支援1	224人	240人	231人
	要支援2	332人	376人	345人
	要介護1	587人	668人	629人
	要介護2	360人	415人	398人
	要介護3	303人	361人	358人
	要介護4	318人	367人	354人
	要介護5	153人	172人	171人
	合計	2,277人	2,599人	2,486人

### (3) サービス別給付費

	令和12年度	令和22年度	令和32年度
在宅サービス	1,833,676千円	2,102,866千円	2,033,299千円
居住系サービス	361,116千円	409,312千円	401,692千円
施設サービス	1,172,018千円	1,357,230千円	1,333,396千円
合計	3,366,810千円	3,869,408千円	3,768,387千円

## (4) 標準給付費見込額等

	令和12年度	令和22年度	令和32年度
標準給付費見込額	3,568,089,567円	4,099,212,710円	3,988,120,606円
地域支援事業費	129,247,684円	129,088,907円	129,619,164円
第1号被保険者 負担分相当額	887,360,940円	1,099,358,420円	1,152,967,136円
調整交付金相当額	180,113,825円	206,656,469円	201,061,488円
調整交付金 見込交付割合	5.73%	8.25%	6.78%
後期高齢者 加入割合補正係数	0.9818	0.8864	0.9482
所得段階別 加入割合補正係数	0.9874	0.9872	0.9874
調整交付金見込額	206,410,000円	340,983,000円	272,639,000円

## (5) 介護保険料

	令和12年度	令和22年度	令和32年度
保険料基準額 (標準段階)年額	87,132円	97,536円	107,088円
保険料基準額 (標準段階)月額	7,261円	8,128円	8,924円

## 10 令和22(2040)年の姿

本町の総人口は、団塊の世代の子ども世代が65歳以上となる令和22年には36,493人で、令和5年の人口と比べ2,537人増加すると推計されています。また、高齢者数は令和5年の10,127人から令和22年は10,335人と208人増加すると推計されています。

年少人口や生産年齢人口、そして総人口が増加する中での高齢者人口の増加であり、高齢化率は令和5年の29.8%から令和22年には28.3%と、わずかに減少する見込みとなっています。

介護を必要とする要介護認定者数は、令和5年の1,915人から令和22年には2,599人と684人増加する見込みで、令和5年に対する増加率は135.7%となっており、全高齢者数や総人口の伸びを上回っています。要介護3以上の中重度の認定者数は令和5年の626人から令和22年には900人と274人増加する見込みで、令和5年に対する増加率は143.8%となっており、中重度の認定者の増加の勢いは全高齢者数や総人口、要介護認定者数の伸びを上回っています。

【人口の推移】

	単位	令和5年	指数	令和22年	指数
総人口	人	33,956	100.0	36,493	107.5
高齢者数	人	10,127	100.0	10,335	102.1
高齢化率	%	29.8	-	28.3	-

【要介護認定者数の推移】

	単位	令和5年	指数	令和22年	指数
要介護認定者数	人	1,915	100.0	2,599	135.7
65歳以上に占める要介護認定率	%	19.1	-	24.8	-
要介護3以上の中重度者数	人	626	100.0	900	143.8
要介護認定者に占める重度者の割合	%	32.7	-	34.6	-

出典：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム



## 第7章 計画の推進

### 1 将来像実現に向けた推進体制の強化

令和7年（2025年）、令和22年（2040年）を見据え、本町が目指す「高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるまち」を実現するためには、多様なサービスを提供する体制の確保や適切な利用を支える相談支援体制の構築、さらには地域全体で高齢者を支える体制づくりが求められ、地域の社会資源ネットワークの構築・強化が重要になります。

地域住民をはじめ、各分野の関係機関が相互に情報の共有を図り、必要なネットワークを構築・強化しながら取組を進めていきます。

#### （1）住民が進める地域づくりの推進

本計画で掲げる「将来像」の実現のために、住民一人一人が「日頃から健康の維持や増進を図って健康寿命の延伸に努めること」、「支え合う地域を形成するため、日頃から地域の活動などに積極的に参加していくこと」が求められます。

住民に対し、町広報紙やホームページを通じて本計画の内容について周知するとともに、本町の現状や施策などについての啓発に努め、住民自身が地域の課題やニーズなどを把握し、主体的に介護予防やサービスの提供・確保を行う取組を支援します。

#### （2）地域の関係団体との連携体制の充実

サービス提供機関は、社会的役割の重要性を十分理解し、サービスの質を高めると同時に、関係団体や介護サービス事業者、医療機関などと連携することで、利用者の生活に対する支援や健康の維持において、十分な効果を発揮するよう努める必要があります。

地域包括ケアシステムの深化・推進のため、益城町地域包括支援センターを中心として、医療機関、社会福祉協議会、民生委員・児童委員、ボランティア、NPOや地域の各種団体などと行政が協働の視点に立ち、それぞれの役割を果たしながら協力しあう連携体制を強化することで、高齢者が安心して生活できる地域づくりを目指します。

#### （3）行政内部での関係部局との連絡体制の整備

本計画で掲げる、将来像「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができる町」の実現のため、計画の柱の中で掲げた取組を着実に推進していくとともに、定期的に計画の進捗状況を検証することで、より効果的な運営を推進します。

地域包括ケアシステムの構築に向けて、関係各課による横断的な連携体制を強化し、地域の実情や変化に合った施策を企画・展開していきます。

## 2 計画の進行管理

本計画に位置付けられた施策や事業を効率的かつ効果的に実施していくためには、各施策や事業が計画的に展開されているか、高齢者や地域の状況に適したものであるのかなどの評価を行う必要があります。

町では、高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画を策定及び推進するため、「益城町高齢者保健福祉推進委員会」を設置しています。

そのほか、「益城町地域包括支援センター運営協議会」、「益城町地域密着型サービス運営委員会」を設置しています。

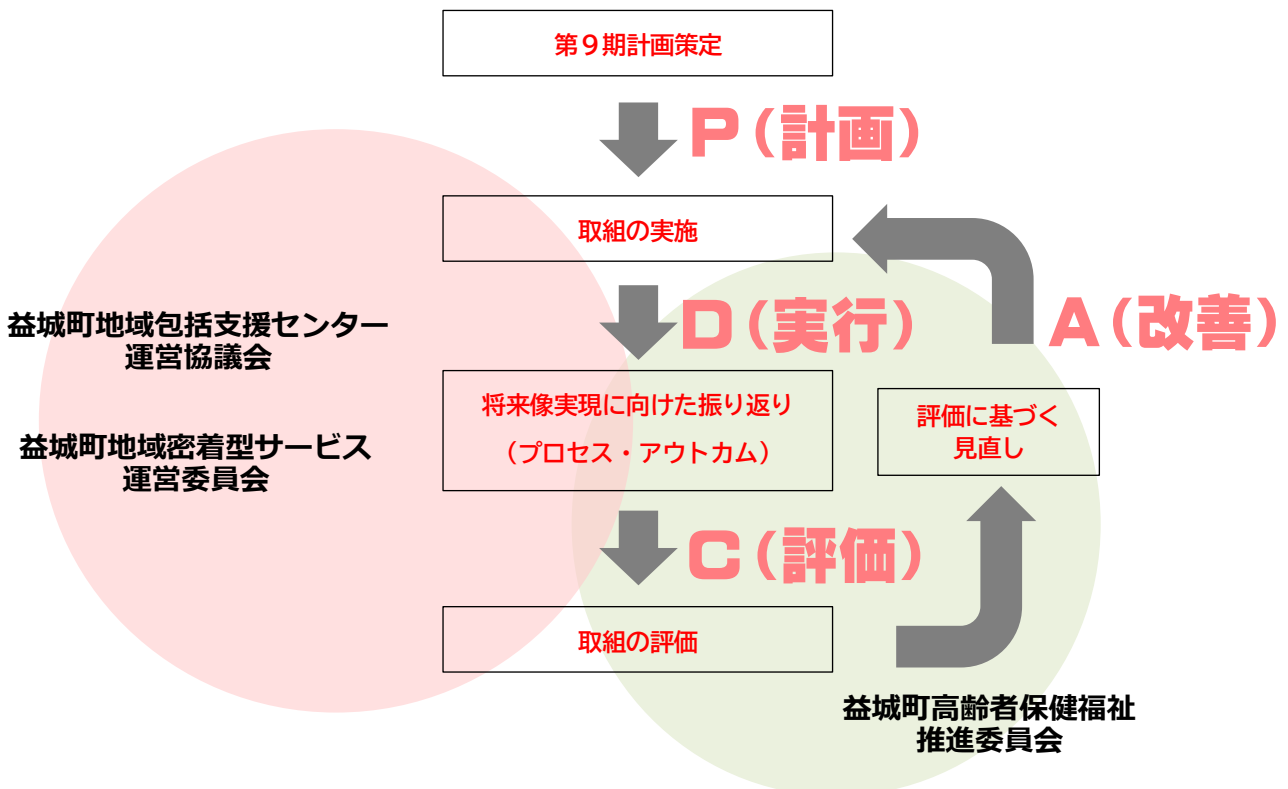
これらの協議会（委員会）や県などの関係機関とも連携を図り、本町の介護保険事業運営に係る課題などの協議・解決策の検討など、年度ごとに計画の進捗状況及び成果を点検・評価します。

### 益城町地域包括支援センター運営協議会

学識経験者、町議会議員、保健・医療関係者、福祉関係者、介護保険被保険者、介護保険費用負担者などの代表者が委員として参加し、益城町地域包括支援センターの事業評価を行い、地域包括支援センターの公正、中立性の確保、その他センターの円滑かつ適正な運営を図っています。

### 益城町地域密着型サービス運営委員会

学識経験者、町議会議員、保健・医療関係者、福祉関係者、介護保険被保険者などの代表者が委員として参加し、町の地域密着型サービスの提供体制の確保などについて審議することで、介護保険制度の安定的な運営を図っています。



### 3 重点的取組と目標の設定

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。

町では以下とおり重点的に取り組む項目と目標を定め、実績評価を毎年度行い、取組を推進していきます。

また、取組内容は、第4章において「(★)」が付されている施策が該当します。

#### (1) 被保険者の自立支援、介護予防又は重度化防止について

本計画では、「要介護状態等の軽減」、「多様なサービスの整備」及び「認知症高齢者の支援」を重点的取組に設定します。

#### 要介護状態等の軽減

取組内容	目標		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
要支援・要介護認定率（第1号被保険者）の低下（P.56）	19.2%	19.1%	19.0%
KDBシステムによる介護改善度（前年度比）	101.0%	101.0%	101.0%

#### 多様なサービスの整備

取組内容	目標		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域の交流を目的とした活動をする団体への支援回数（P.61）	65回	68回	70回
住民主体の通いの場（ましき元気教室など）の実践団体の数（P.61）	80か所	90か所	100か所

#### 認知症高齢者の支援

取組内容	目標		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症相談窓口を知っている人の割合（P.82）	28.3%（令和4年）→40%（令和8年時点）		
認知症サポーター養成数の増加（P.79）	6,500人	7,000人	7,500人
チームオレンジの設定（P.79）	2チーム設置（3年通して）		
認知症カフェ設置数（校区単位）（P.80）	全校区（5校区）に設置（3年通して）		

**(2) 介護給付費の適正化について**

本計画では、「地域密着型サービス事業者等の適切な指定、指導監査」、「介護・福祉人材の確保・育成及び資質の向上」、「要介護認定の適正化」、「ケアプランの点検」、「住宅改修等の点検」、「縦覧点検・医療情報との突合」を重点的取組に設定します。

**地域密着型サービス事業者等の適切な指定、指導監査**

取組内容	目標		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
集団指導の実施 (P.105)	1回/年	1回/年	1回/年
実地指導の実施 (P.105)	3件/年	3件/年	4件/年
県指導への参加 (P.105)	2回/年	2回/年	2回/年
入居者状況の把握 (P.105)	1回/年	1回/年	1回/年

**介護・福祉人材の確保・育成及び資質の向上**

取組内容	目標		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護サービス職員向け研修の実施 (P.106)	1回/年	1回/年	1回/年

**要介護認定の適正化**

取組内容	目標		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
委託による認定調査内容の点検 (P.108)	点検率 100%	点検率 100%	点検率 100%

**ケアプラン等の点検**

取組内容	目標		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
給付実績帳票を活用したケアプラン点検 (P.108～P.109)	点検率 13%	点検率 13%	点検率 13%
住宅改修施工前の書類点検 (P.108～P.109)	点検率 100%	点検率 100%	点検率 100%
専門職による住宅改修の施工前点検 (P.108～P.109)	点検率 10%	点検率 10%	点検率 10%
福祉用具貸与（軽度者を含む）の書類点検 (P.108～P.109)	点検率 100%	点検率 100%	点検率 100%
専門職による福祉用具貸与者の貸与後点検 (P.108～P.109)	点検率 10%	点検率 10%	点検率 10%

**縦覧点検・医療情報との突合**

取組内容	目標		
	令和6年度	令和7年度	令和8年度
医療情報突合の実施 (P.109)	全件	全件	全件
縦覧点検の実施 (P.109)	全件	全件	全件

## 資料編

### 1 益城町高齢者保健福祉推進委員会設置要綱

平成14年4月15日告示第25号

#### 改正

平成16年1月26日告示第7号

平成21年3月26日告示第25号

平成24年3月21日告示第13号

平成29年3月31日告示第36号

令和3年3月30日告示第50号

令和5年6月27日告示第89号

(設置)

**第1条** 老人福祉法(昭和38年法律第133号)に基づく老人福祉計画及び介護保険法(平成9年法律第123号)に基づく介護保険事業計画(以下「計画」という。)を策定及び推進するため、益城町高齢者保健福祉推進委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

(所掌事務)

**第2条** 委員会は、計画の策定、推進、評価等高齢者の保健福祉施策の推進に関する事項について協議する。

(構成)

**第3条** 委員会は、次に掲げる者のうちから町長が委嘱した委員17人以内をもって構成する。

- (1) 学識経験者
- (2) 町議会議員
- (3) 保健・医療関係者
- (4) 福祉関係者
- (5) 介護保険被保険者代表
- (6) 介護保険費用負担者代表

(任期)

**第4条** 委員の任期は、3年とする。ただし、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員は、再任されることができる。

(会長等)

**第5条** 委員会に会長及び副会長を置く。

- 2 会長及び副会長は、委員の中から互選によって定める。
- 3 会長は、会務を総理し、会議の議長となる。
- 4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるときは、その職務を代理する。

(会議)

**第6条** 委員会は、必要に応じ会長が招集する。

- 2 委員会は、必要があると認めるときは、議事に関係ある者に出席を求め、意見を聞くことができる。

(庶務)

**第7条** 委員会の庶務は、健康保険課において処理する。

(雑則)

**第8条** この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、会長が別に定める。

**附 則**

この要綱は、平成14年5月1日から施行する。

**附 則** (平成16年1月26日告示第7号)

この要綱は、平成16年4月1日から施行する。

**附 則** (平成21年3月26日告示第25号)

この要綱は、告示の日から施行する。

**附 則** (平成24年3月21日告示第13号)

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

**附 則** (平成29年3月31日告示第36号)

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

**附 則** (令和3年3月30日告示第50号)

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

**附 則** (令和5年6月27日告示第89号)

この要綱は、告示の日から施行する。

## 2 益城町高齢者保健福祉推進委員会委員

(敬称略・順不同)

構成	所属団体等	役職等	氏名
学識経験者	熊本大学大学院	講師	伊藤 雅浩
町議会代表	益城町議会	福祉常任委員会委員長	吉村 建文
保健・医療関係者	町医師会代表	益城中央病院院長	宮本 哲明
福祉関係者	社会福祉協議会	事務局長	森本 光博
	民生委員・児童委員協議会	会長	土山 秀喜
	介護保険施設	特別養護老人ホーム いこいの里施設長	池田 浩一
	町介護支援専門員連絡会	令和5年度会長 (ひろやす荘居宅介護支援事業所)	河口 加愛
介護保険被保険者	1号被保険者	町食生活改善推進員協議会 顧問	倉岡 壽雅子
介護保険費用負担者	2号被保険者	町教育委員	徳尾 真龍

任期：令和2年10月1日～令和6年3月31日



### 3 用語解説（五十音順）

用語	解説
医療情報との突合・縦覧点検	介護報酬の誤り（医療保険と介護保険の間で同時には成立しない医療と介護の重複請求など）を発見し、是正することにより、適正な介護報酬給付を実施することを目的とした取組。
NPO	民間非営利組織。特定テーマについて、市民主体の自主的で自由な社会貢献活動を行う、営利を目的としない民間団体。法人だけでなく任意団体も含んだ概念。 なお、NPO法人は特定非営利活動促進法に基づき、所轄庁から認証を受け、設立された法人。
介護改善ポイント	要支援1を1ポイントとし、要支援2が2ポイント、要介護1を3ポイント、要介護5を7ポイントと、介護度順にポイントを設定し、前回の認定より要介護度が軽度になった場合のポイント差の和を要介護認定者数で除し、100を乗じたもの。
介護支援専門員	介護保険法において、居宅介護支援事業所や介護保険施設に必置とされている職種で、一般にケアマネジャー（略してケアマネ）とも呼ばれる。
介護支援専門員連絡会	地域包括支援センターが事務局となり、町内の居宅介護支援事業所が協力して勉強会や情報共有を実施する集まり。 略してケアマネ連絡会とも呼ばれる。
上益城 MCS	「上益城メディカルケアステーション」の略。 多職種連携体制の構築をするため、上益城郡医師会で導入を開始した、完全非公開型コミュニケーションツール。 病院・診療所・歯科診療所・介護施設などをネットワークで結び、医療、介護の効率改善、質の向上を図り、利用者の診療・調剤・介護に必要な情報を共有する。
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」で講師となる人。
居宅介護支援事業所	介護支援専門員（ケアマネジャー）がいる事業所。
くまもとメディカルネットワーク	利用者が、質の高い医療や介護を受けることができるように、病院・診療所・歯科診療所・薬局・訪問看護ステーション・介護施設などをネットワークで結び、利用者の診療・調剤・介護に必要な情報を共有するシステム。
ケアプラン	介護保険サービスをいつ・どのように利用するかを決めた介護計画書のこと。
ケアマネジャー	介護保険法において、居宅介護支援事業所や介護保険施設に必置とされている職種で、正式名称は、「介護支援専門員」と呼ばれる。

用語	解説
KDBシステム	国保連合会が管理している国保データベースシステムの略称。健診・医療・介護の給付情報などから「統計情報」を作成し、保険者からの委託を受けて「個人の健康に関するデータ」を作成・提供することを目的としている。
ゲートキーパー	自殺の危険を示すサインに気づき、適切な対応（悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る）を図ることができる人のこと。
健康寿命	WHO（世界保健機関）が2000年に「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」と定義・提唱した概念。
サービス担当者会議	介護保険サービスを利用する際、本人、家族、サービス利用に関わる者が集まってケアプランの内容を検討する会議。
主任介護支援専門員の会	町内の介護支援事業所に所属する介護支援専門員の中でも、主任介護支援専門員の資格を有する人が活動する団体。
食生活改善推進員	“私達の健康は私達の手で”をスローガンに、食を通じた健康づくり活動をボランティアで進めている人の名称。 通称「ヘルスメイト」「食改（しょっかい）さん」。
シルバー人材センター	高齢者が長年培った豊かな知識や経験、技能を活かし働くことを通じて生きがいを得るとともに、地域社会の活性化に貢献することを目的としている団体。
人生会議（アドバンス・ケア・プランニング：ACP）	将来どのような医療や介護を受けて最期を迎えるかを計画して、意思決定を支援するプロセス
成年後見人	精神上の障害（認知症・知的障害・精神障害など）により判断能力（事理を弁識する能力）が不十分な人のうち、家庭裁判所から後見開始の審判を受けた人を支援する代理人。
ターミナルケア	「終末期」と判断された人への医療や看護のこと。 「終末期」とは以下の三つの条件を満たす場合を言う。 1. 医師が客観的な情報を基に、治療により病気の回復が期待できないと判断すること。 2. 患者が意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師などの関係者が納得すること。 3. 患者・家族・医師・看護師などの関係者が死を予測し対応を考えること。
地域サロン	地域住民が主体となって、地域の高齢者や障がいのある人及び子育て中の親子等が住み慣れた地域のなかで孤立することなく、生きがいを持ち笑顔で安心して暮らすために日常的なふれあいや交流を行うことができる場。
チームケア	医師、看護師、介護士などがチームを組んで連携・協力しながら介護を必要としている人の援助にあたること。

用語	解説
通所型サービスA	高齢者の閉じこもり予防や自立支援に資する通所事業。 ミニデイサービス、運動・レクリエーション活動など。
通所型サービスB	住民主体による、要支援者などを中心とした定期的な利用が可能な自主的な通いの場。
通所型サービスC	保健・医療の専門職により提供される、生活行為の改善を目的とした短期集中予防サービス。
特定保健指導	健康診断の結果から自らの健康状態を正しく理解し、生活習慣改善のための行動目標を自ら設定・実施できるよう、医師、保健師などが個人の人々の特性やリスクに応じた支援を行うこと。
認知症カフェ	認知症高齢者とその家族がお茶や軽食を楽しみながら交流を図り、介護にまつわる情報を共有する場。 また、ボランティア、地域の住民や学生といった一般の人の参加・交流もできる。 「オレンジカフェ」という呼び方も有る。
認知症サポーター	認知症に対する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人やその家族に対してできる範囲で手助けする人。
認知症初期集中支援チーム	複数の専門職が、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、観察・評価をおこなった上で、家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う集団（チーム）。
認定率	第1号被保険者（65歳以上の人）に占める第1号認定者（65歳以上で要介護認定をうけている人）の割合。
PDCAサイクル	業務プロセスなどを管理・改善する手法の一つで、計画（Plan）→実行（Do）→評価（Check）→改善（Act）という4段階の活動を繰り返し行なうことで、継続的にプロセスを改善・最適化していく手法。
フレイル	日本老年医学会が2014年に提唱した概念で、「Frailty（虚弱）」の日本語訳。 「加齢とともに心身の活力（運動機能や認知機能など）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。
訪問型サービスA	要支援者などの居宅において、介護予防を目的として行う生活援助などのサービス。
訪問型サービスB	要支援者などの居宅にいて、主に住民ボランティアなど、住民主体の自主活動として生活援助などの多様な支援のこと。
訪問型サービスC	保健・医療専門職が居宅を訪問し、相談・指導などを実施する短期集中予防サービス。
訪問型サービスD	介護予防・生活支援サービス事業と一体的に行われる、移動支援や移送前後の生活支援のこと。

用語	解説
保佐人	精神上的の障害（認知症・知的障害・精神障害など）により判断能力（事理を弁識する能力）が不十分な人のうち、家庭裁判所から保佐開始の審判を受けた人を支援する代理人。
補助人	精神上的の障害（認知症・知的障害・精神障害など）により判断能力（事理を弁識する能力）が不十分な人のうち、家庭裁判所から補助開始の審判を受けた人を支援する代理人。
ポピュレーションアプローチ	多くの人々が少しずつリスクを軽減する行動を行うことで、全体としてよりリスクの低い方向に改善させる働きかけ。
民生委員・児童委員	民生委員法に基づいて厚生労働大臣から委嘱された非常勤の地方公務員。社会福祉の増進のために、地域住民の立場から生活や福祉全般に関する相談・援助活動を行っている。全ての民生委員は児童福祉法によって「児童委員」も兼ねており、妊娠中の心配ごとや子育ての不安に関する様々な相談に応じたり、支援をしている。
要介護認定	介護保険制度において、被保険者が介護を要する状態であることを保険者が認定すること。
老人クラブ	昭和38年8月に施行された「老人福祉法」において、老人福祉を増進するための組織として位置付けられており、概ね60歳以上の人を対象として自主的な活動を行っている。

---

益城町第9期高齢者保健福祉計画  
介護保険事業計画

---

令和6年3月

発行・編集

益城町 健康保険課

〒861-2295 熊本県上益城郡益城町宮園702番地

TEL 096-286-3114 FAX 096-286-4523

---

