

第9期  
玉東町高齢者福祉計画・  
介護保険事業計画  
(令和6年度～令和8年度)



一人ひとりが“健康”長寿のよろこびを実感し、  
活躍できるまちづくり

令和6年3月  
熊本県 玉東町



## あいさつ

町民の皆様には、日頃から玉東町の高齢者福祉施策及び介護保険事業の推進にご理解とご協力賜り、厚くお礼申し上げます。

現在のわが国は、超高齢社会であり、さらに高齢者の割合が急速に増加しております。これに伴い、高齢者向けの医療・介護サービスの需要の増加、労働力不足や社会保障制度の課題が浮き彫りになっています。

玉東町におきましては、高齢人口が令和5（2023）年にピークを迎え、今回の事業計画期間より減少に転じていく中、介護が必要な状態となりやすい後期高齢者の方は増加していくことが見込まれています。

超高齢社会が進み、高齢者の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加する中で、社会的孤立を防ぐためにも、一人ひとりが安心して生活できる地域づくりを目指し、医療・介護・予防・住まい・生活支援などを連動させることで高齢者一人ひとりのニーズに対応した総合的な支援を提供する「地域包括ケアシステム」の構築に向けて積極的に取り組んでまいりました。

今後も引き続き「地域包括ケアシステム」の深化・推進を目指し、また、高齢者のみならず、障がい者や子どもなど多様なニーズが必要な方が地域において自立した生活が送れるよう地域共生社会の実現に向けて取り組んでまいります。

そのためにも第8期計画中に取組んだ町民主体による健康づくりや介護予防事業を継続し、「一人ひとりが“健康”長寿のよろこびを実感し、活躍できるまちづくり」を実現できるように取り組みを進めてまいりますので、町民皆様や各種関係機関のご協力を賜りますようお願い申し上げます。

最後に、本計画の策定にあたり「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」及び「在宅介護実態調査」にご協力いただいた町民の皆様をはじめ、「介護サービス事業所実態調査」にご協力いただきました介護サービス事業所の皆様、また、貴重なご意見やご提案をいただきました玉東町介護保険事業計画策定委員会の皆様に深く感謝申し上げます。

令和6年3月

玉東町長 前田 移津行

# ～ 目 次 ～

<b>第1章 計画策定の概要</b> .....	<b>1</b>
1 計画策定の趣旨 .....	1
2 計画の位置付け .....	2
3 計画の期間 .....	2
4 日常生活圏域の設定 .....	3
5 計画の策定体制 .....	4
6 介護保険制度の改正経緯 .....	5
<b>第2章 高齢者を取り巻く状況</b> .....	<b>6</b>
1 人口と高齢者の状況 .....	6
2 各種調査結果の概要 .....	11
3 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果.....	12
<b>第3章 第8期計画の検証</b> .....	<b>29</b>
基本目標1 健やかで生きがいのある暮らしを実現できるまちづくり.....	29
基本目標2 安心して在宅生活を送ることができるまちづくり.....	33
基本目標3 介護や支援が必要な人に適切なサービスを提供できるまちづくり.....	37
<b>第4章 基本理念と計画策定の考え方</b> .....	<b>43</b>
1 計画の目指す姿 .....	43
2 評価及びPDCAの推進について .....	47
<b>第5章 施策の展開</b> .....	<b>49</b>
基本目標1 健やかで生きがいのある暮らしを実現できるまちづくり.....	49
<b>主要施策①</b> 地域における介護予防・健康づくりの推進 .....	49
1. 介護予防・日常生活支援総合事業の充実 .....	49
2. 生活支援体制整備事業の推進 .....	58
3. 保健事業と介護予防の一体的実施 .....	60
<b>主要施策②</b> 生きがいづくりの支援と社会参加の促進 .....	60
1. 介護予防・生活支援ボランティアの育成 .....	60
2. 有償ボランティア事業の展開 .....	61
3. 生涯学習・スポーツの推進 .....	61
4. 地域における支え合いの推進 .....	62
5. 高齢者の活躍の場の創出 .....	62
6. オレンジクラブ・シルバーヘルパー活動の支援 .....	62
7. 就労による生きがいづくりへの支援 .....	62
基本目標2 安心して在宅生活を送ることができるまちづくり.....	63
<b>主要施策①</b> 認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って暮らせるまちづくり ...	63
1. 認知症予防教室の展開と認知症の早期発見・早期対応.....	64
2. 認知症初期集中支援チームの活動の活性化 .....	64
3. 認知症サポーターの養成及び活動の活性化 .....	65
4. 認知症相談窓口の認知度向上に向けた取組の推進 .....	65
5. 認知症カフェの拡充とチームオレンジの設置に向けた取り組みの推進.....	66
6. 行方不明認知症高齢者等の早期発見のためのSOSネットワークづくり.....	66
7. 認知症初期集中支援チームの活動から抽出された地域課題の地域ケア会議での検討.....	67
8. 認知症に係る医療・介護の連携強化 .....	67
9. 成年後見制度の利用促進に向けた取り組みの推進 .....	68
10. 認知症の人の家族に対する支援の推進 .....	69

<b>主要施策②</b> 安全・安心な暮らしを支えるまちづくり .....	<b>70</b>
1. 安心して暮らせる住まいの確保 .....	70
2. 高齢者の移動手手段の確保 .....	70
3. 高齢者福祉の推進 .....	71
4. 消費者保護の推進 .....	71
5. 防災・防犯体制の充実、災害時避難対策の強化 .....	71
6. 感染症対策の強化 .....	72
7. 高齢者の見守り支援体制の構築 .....	72

<b>主要施策③</b> 高齢者の虐待防止・権利擁護の推進 .....	<b>73</b>
1. 高齢者の虐待防止に関する啓発の充実 .....	73
2. 虐待防止機能の強化 .....	73
3. 虐待への対応 .....	74
4. 高齢者の権利擁護の推進 .....	74

<b>主要施策④</b> 医療と介護をはじめとした地域の多職種連携体制の構築 .....	<b>75</b>
1. 在宅医療・介護連携推進事業の推進 .....	75
2. 多職種連携体制の構築 .....	76
3. 在宅医療・在宅介護の普及・啓発 .....	77
4. 「くまもとメディカルネットワーク」を活用した医療・介護の連携推進 .....	77

<b>主要施策⑤</b> 地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進 .....	<b>77</b>
1. 重層的支援体制整備について .....	77

**基本目標3 介護や支援が必要な人に適切なサービスを提供できるまちづくり..... 78**

<b>主要施策①</b> 地域包括支援センターの機能強化と保険者機能の強化 .....	<b>78</b>
1. 地域包括支援センターの機能強化 .....	78
2. 地域ケア会議の充実 .....	79
3. 地域マネジメントの実施 .....	79
4. 介護給付の適正化に向けた取り組みの推進 .....	80

<b>主要施策②</b> 地域支援事業の推進 .....	<b>83</b>
1. 地域資源の整理や課題抽出・対応策の検討 .....	83
2. 包括的支援事業の推進 .....	83
3. 地域ケア会議を中核とした地域支援事業の連動性向上 .....	85

<b>主要施策③</b> 介護保険サービスの基盤整備 .....	<b>86</b>
1. 介護保険サービスの安定的な提供 .....	86
2. 多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みの推進 .....	86
3. 介護サービスの質の確保・向上に向けた取り組みの推進 .....	87
4. 介護給付費等対象サービスの見込みと確保策 .....	88
5. 第9期介護保険料の算定 .....	99

**資料編 .....** **107**

1 玉東町介護保険事業計画策定委員会設置要項 .....	107
2 玉東町介護保険事業計画策定委員会委員名簿 .....	108
3 用語解説 .....	109



# 第1章 計画策定の概要

## 1 計画策定の趣旨

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してきました。

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、高齢化が進展していきます。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向けた取組が行われてきました。

令和7（2025）年が近づく中で、更にその先を展望すると、いわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22（2040）年は、既に減少に転じている生産年齢人口の減少が加速し、高齢者人口がピークを迎える見込みとなっています。また、多様な生活支援ニーズを有する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等の高齢者の増加が見込まれるなど、中長期的な視点で介護ニーズに対応する介護サービス基盤と医療提供体制とを一体的に整備していくことが重要となっています。

本町では、これまで、令和7（2025）年を展望した『玉東町版地域包括ケアシステム』を構築するために、第6期計画（平成27（2015）年～平成29（2017）年）では「PLAN（計画）」を、第7期計画（平成30（2018）年～令和2（2020）年）では「DO（実行）」を、第8期計画（令和3（2021）年～令和5（2023）年）では「CHECK（評価）」を行いながら基盤整備を進めてきました。

本町の「玉東町版地域包括ケアシステム」は、「みんなが“健康”長寿のよろこびを実感できるまちづくり」を目指す姿とし、「生きがい・就労の促進」「健康づくり」を通じて元気な高齢者を増やし、幅広い世代が地域の支え手として活躍できるように、多様な通いの場を拠点とした「地域での支え合い」の取組を推進してきました。また、「自助・互助・共助・公助」の考え方のもと、高齢者自身を含めた地域住民、ボランティアや民間事業者、地域の専門職、医療機関や介護サービス事業所、その他地域関係団体と行政の協働により地域全体で創り上げてきた経過があります。

そして、『第9期玉東町高齢者福祉計画・介護保険事業計画（令和6（2024）年～令和8（2026）年）』は、この「玉東町版地域包括ケアシステム」を地域共生社会の実現に向けた更なる取組として進展させ、令和22（2040）年を展望した新たな「高齢者の暮らしやつながり」をデザインする中長期的な計画として策定します。

## 2 計画の位置付け

高齢者福祉計画は「老人福祉法第20条の8」、介護保険事業計画は「介護保険法第117条」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、介護サービス基盤の整備に関しては、地域における要介護者等の人数やサービスの利用移行等を勘案して、介護給付等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等を定めるものです。

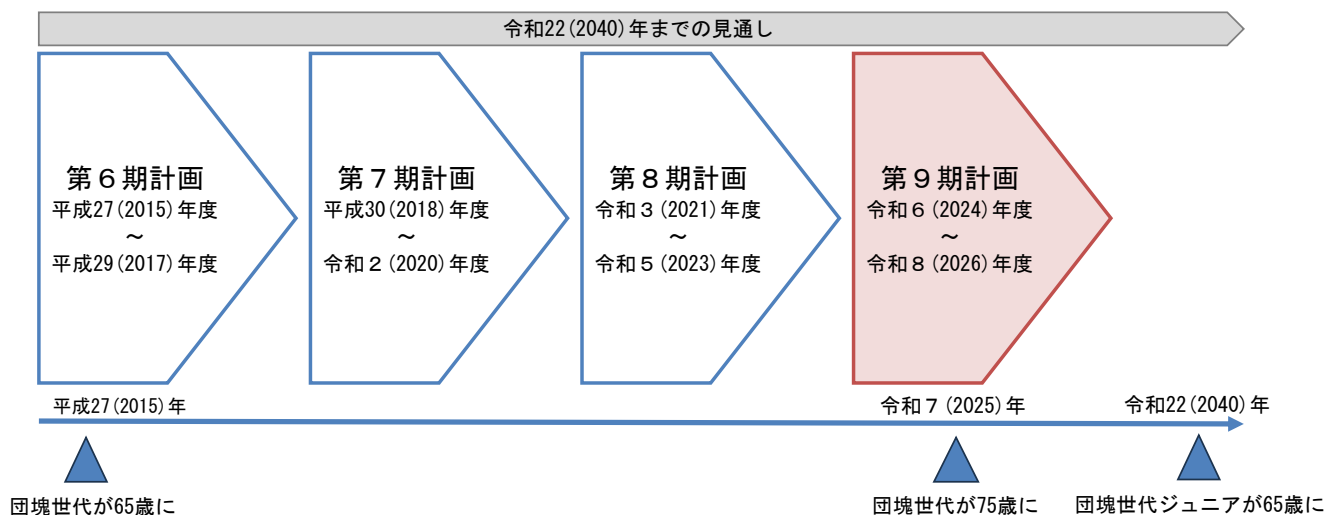
また、町の行政運営指針の最上位計画である「玉東町総合計画」や、福祉関連計画の上位計画である「地域福祉計画」の基本理念等を踏まえた上で、高齢者福祉分野の個別計画として策定します。

さらに、地域包括ケアシステムの構築における在宅医療・介護の連携体制や取組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。

## 3 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。





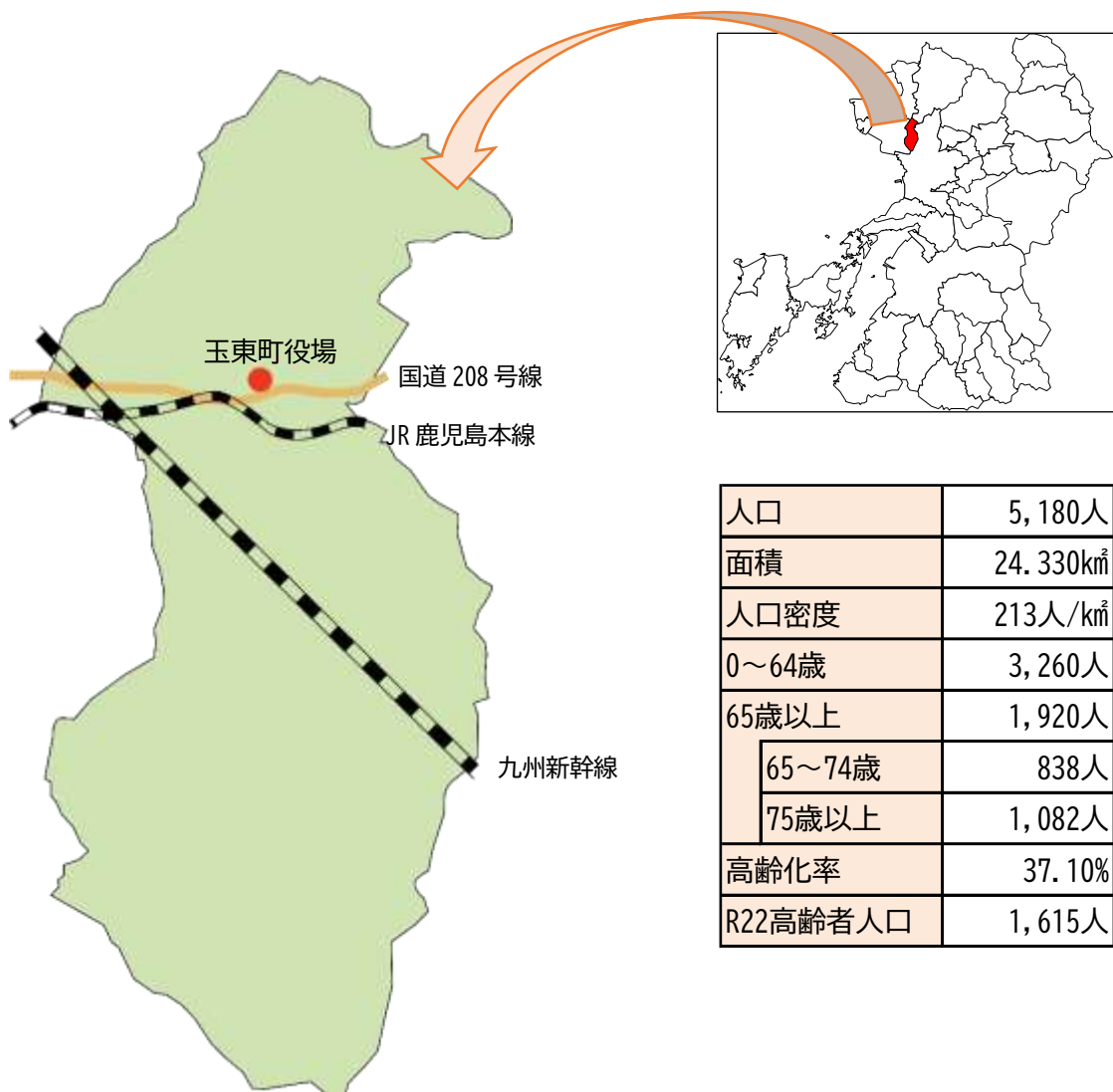
## 4 日常生活圏域の設定

介護保険制度においては、市町村全体を単位として個々の施設を整備する「点の整備」ではなく、身近な生活圏域にさまざまなサービス拠点が連携する「面の整備」が求められています。

本町には2つの小学校と1つの中学校があり、小学校区を分けるような形で国道・鉄道が通り、高齢者の暮らしを支える郵便局や公共機関等は国道沿いに面しています。また、医療・福祉機関についても中心部に集中しています。

高齢化率や認定率等は、行政区ごとに特徴がありますが、地理的条件、人口、交通事情等の社会的条件、公的介護施設等の整備状況、その他の条件を総合的に勘案し、町全体を1つの日常生活圏域として、介護基盤の整備や介護予防のまちづくりに取り組んできました。

本計画期間における日常生活圏域についても、これまでと同様に町内全体を1つの圏域としますが、地域包括ケアシステムの構築にあたっては、それぞれの地区ごとに、移動手段の確保や買い物支援といった地域固有の課題の抽出と解決策の検討を行い、地域の特性にあわせた支え合いのまちづくりに取り組んでいきます。



## 5 計画の策定体制

### (1) 玉東町介護保険事業計画策定委員会

本計画を検討するため、医療・保健・福祉関係者、被保険者・町民の代表者、地域団体関係者等で構成する玉東町介護保険事業計画策定委員会を設置し、計画策定に係る協議を行いました。

### (2) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

一般高齢者、介護予防・事業対象者、要支援者を対象に、現在の生活状況や社会参加、今後の生活についての意向など、地域の抱える課題の特定に資することを目的として実施しました。

### (3) 在宅介護実態調査

「介護離職をなくしていくためにはどのようなサービスが必要か」といった観点を計画に盛り込むため、「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討することを目的として実施しました。

### (4) 介護サービス事業所実態調査

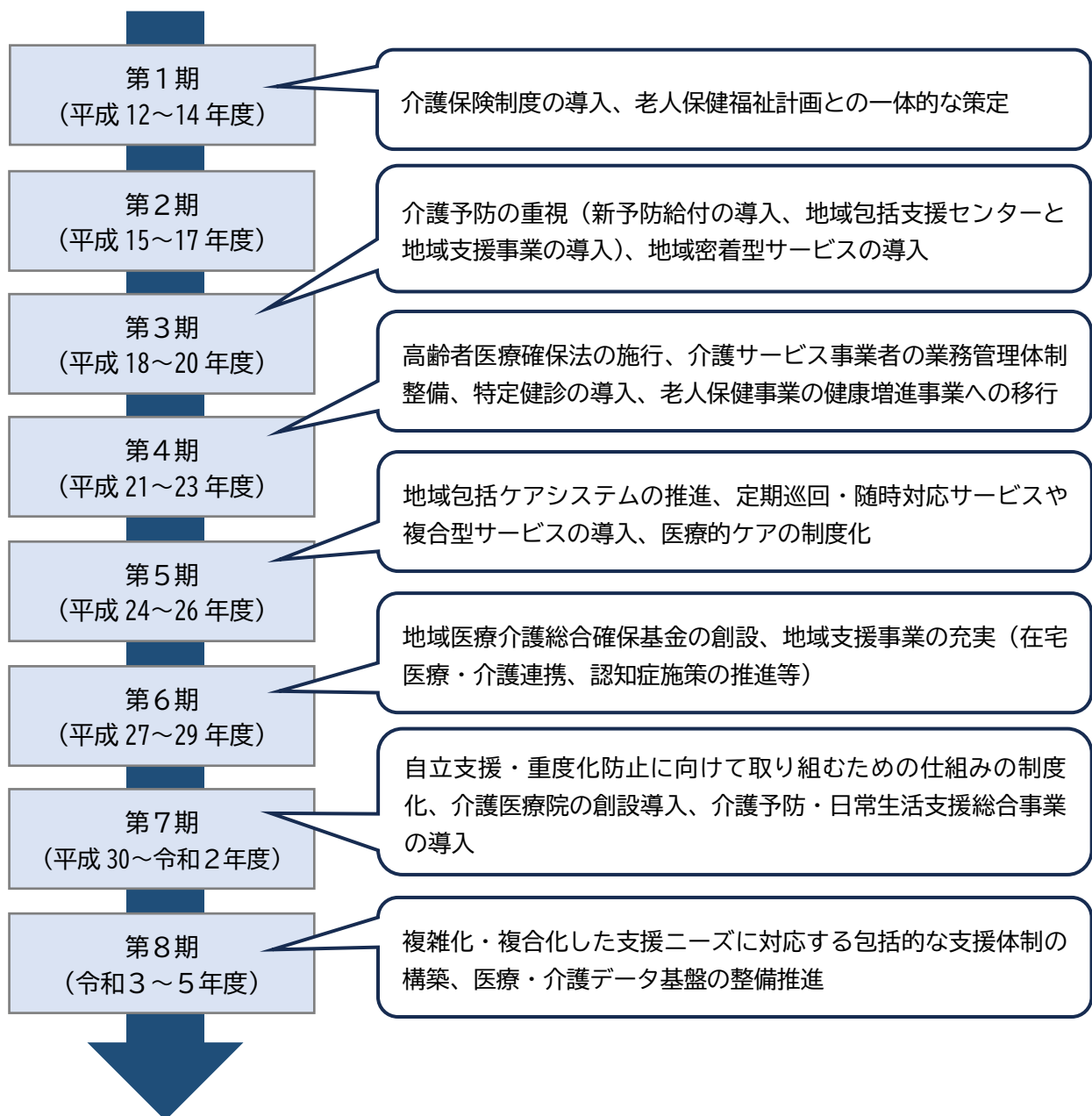
町内の介護人材確保対策の基礎資料とするため、町内介護サービス事業所の介護人材の実態等についてアンケート調査を実施しました。

### (5) パブリックコメントの実施

計画素案について、幅広く町民の声を聞くため、町のホームページに掲載するとともに、保健介護課などで閲覧できるようにするなど内容を公開し、令和6（2024）年1月22日から2月2日にかけてパブリックコメントを実施しました。

## 6 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。



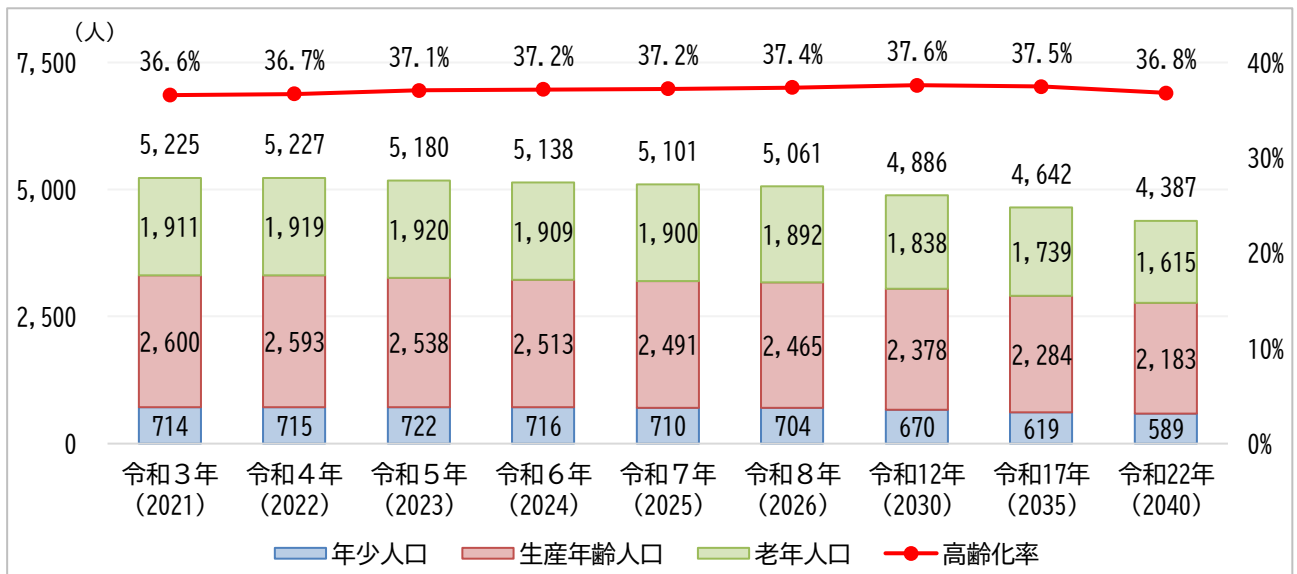
## 第2章 高齢者を取り巻く状況

### 1 人口と高齢者の状況

#### 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（2023）年時点で 5,180 人となっており、65 歳以上の老年人口は 1,920 人、総人口に占める割合は 37.1%となっています。

少子高齢化の進展により総人口は減少し続け、令和 22（2040）年には総人口 4,387 人、高齢化率 36.8%となることが予測されています。

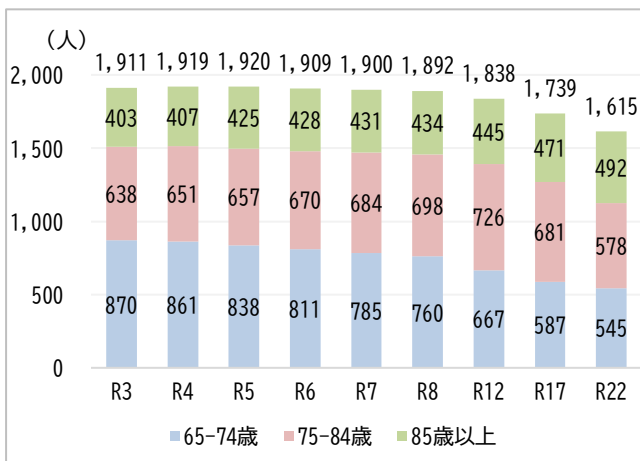


出典：住民基本台帳（令和3～5年）  
 コーホート変化率法による推計（令和6年～）

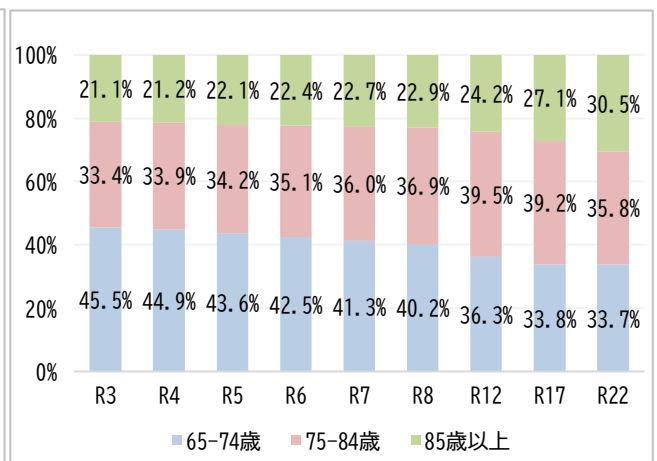
#### ②高齢者年齢3区分別人口、構成割合の推移及び推計

後期高齢者（75歳以上）の人口、特に85歳以上の人口が上昇していく推計となっており、令和22（2040）年の、高齢者人口における85歳以上人口の占める割合は30.5%となることが予測されています。

【高齢者年齢3区分人口】



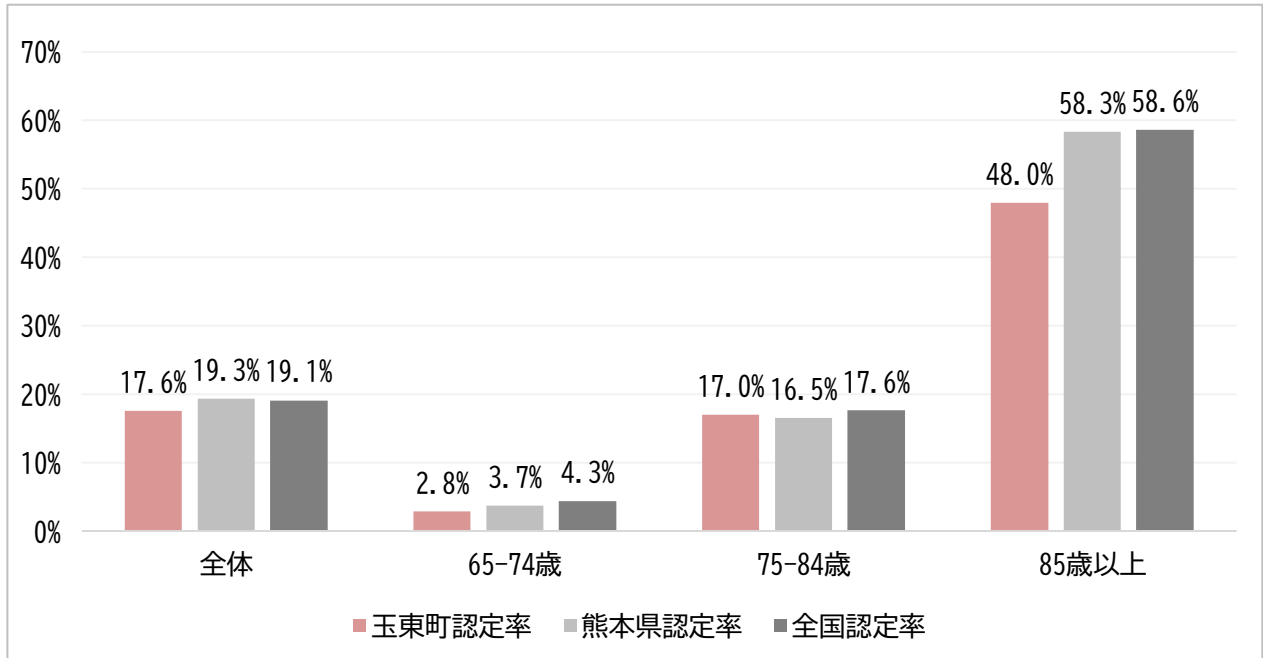
【高齢者年齢3区分構成割合】



出典：住民基本台帳（令和3～5年）  
 コーホート変化率法による推計（令和6年～）

### ③年齢3区分別認定者割合

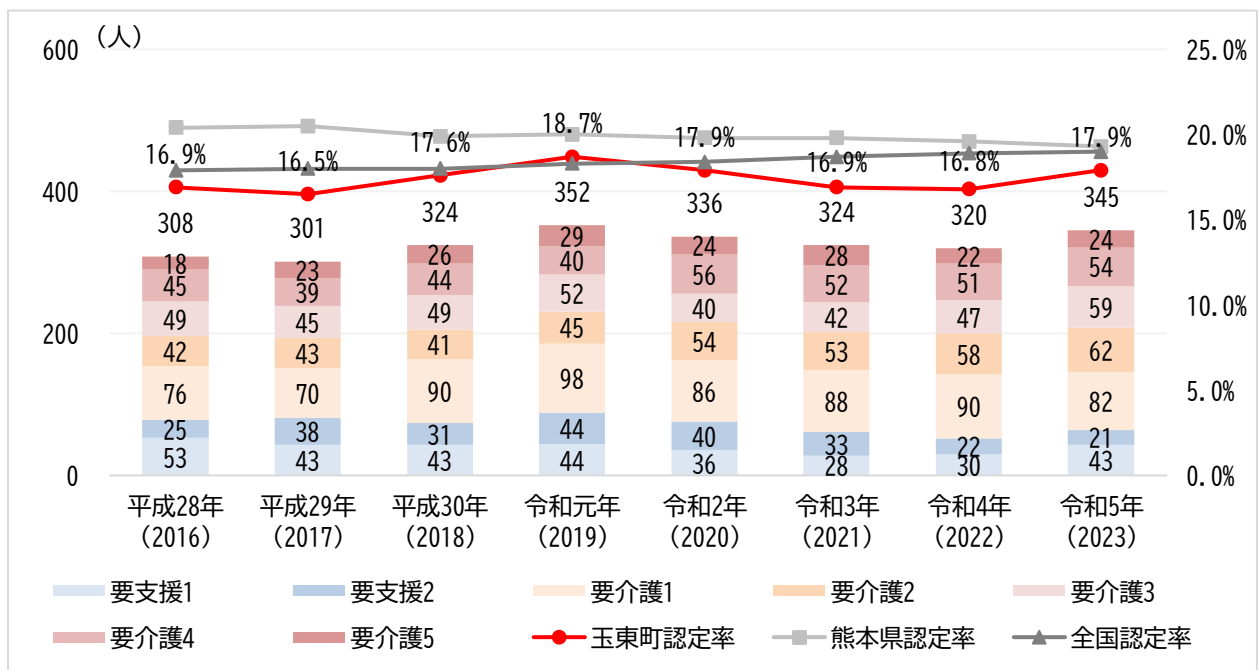
令和5（2023）年5月時点での認定者割合は、65～74歳が2.8%、75～84歳が17.0%、85歳以上が48.0%で、特に85歳以上の認定者割合が全国及び熊本県平均と比べて低くなっています。



出典：介護保険事業状況報告月報（令和5年5月分）

### ④第1号被保険者に占める要介護認定率の推移

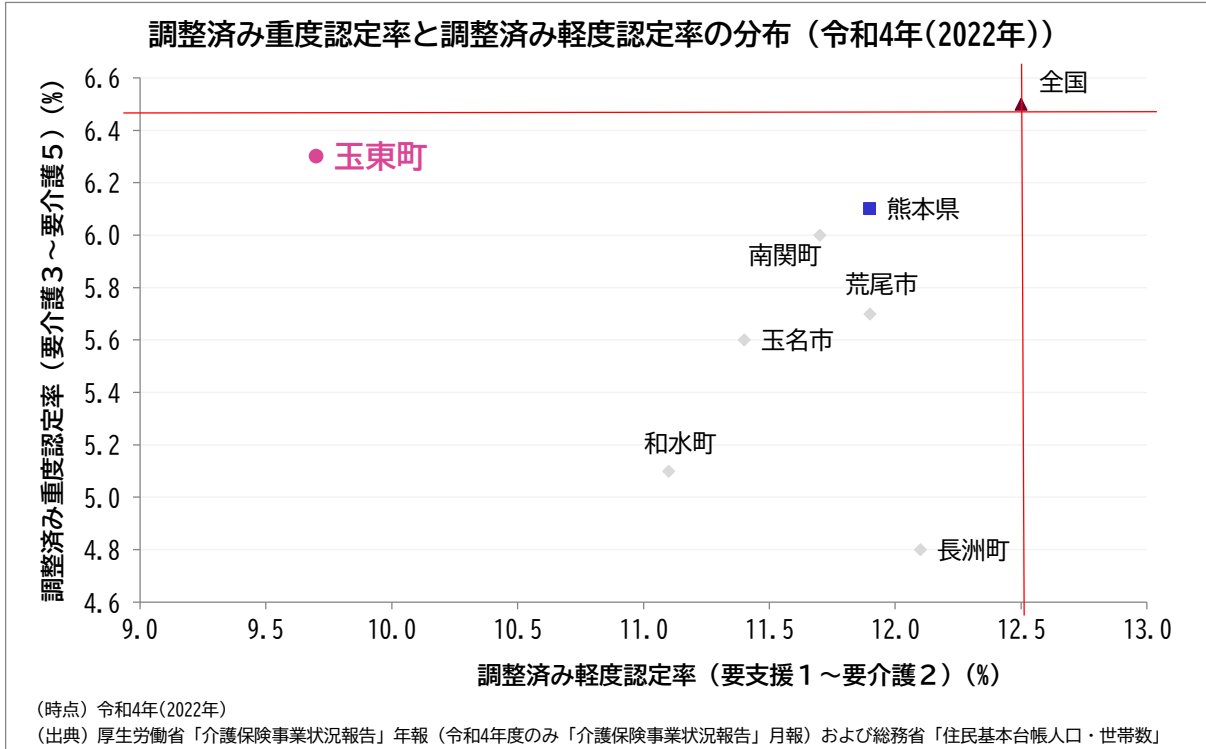
令和5（2023）年3月時点での要介護（要支援）認定者は345人、第1号被保険者に占める要介護認定率は17.9%で全国及び熊本県平均を下回っています。



出典：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

### ⑤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、軽度認定率・重度認定率のいずれも全国平均を下回っています。



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。

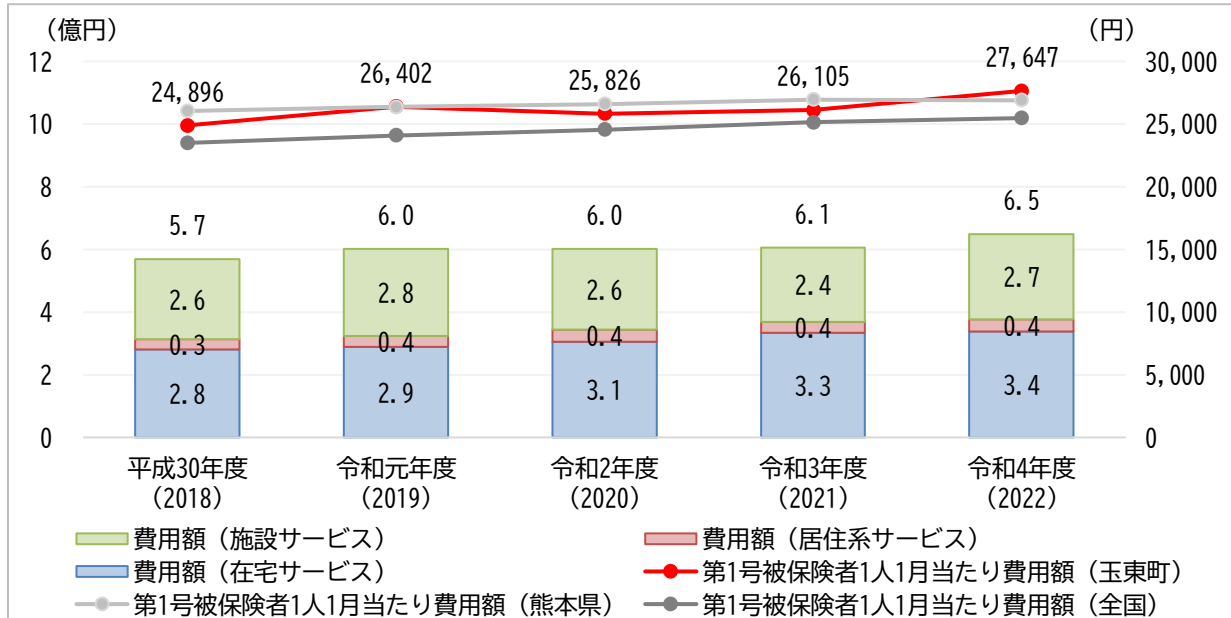
※調整済み認定率とは、認定率の大小に大きな影響を及ぼす「第1号被保険者の性・年齢別人口構成」の影響を除外した認定率を意味します。

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ことがわかっています。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。

### ⑥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6.5億円となっています。また、第1号被保険者1人1月当たり費用額は27,647円で全国及び熊本県平均を上回っています。

特に平成30年度と比較すると、在宅サービスの伸びが顕著になっています。



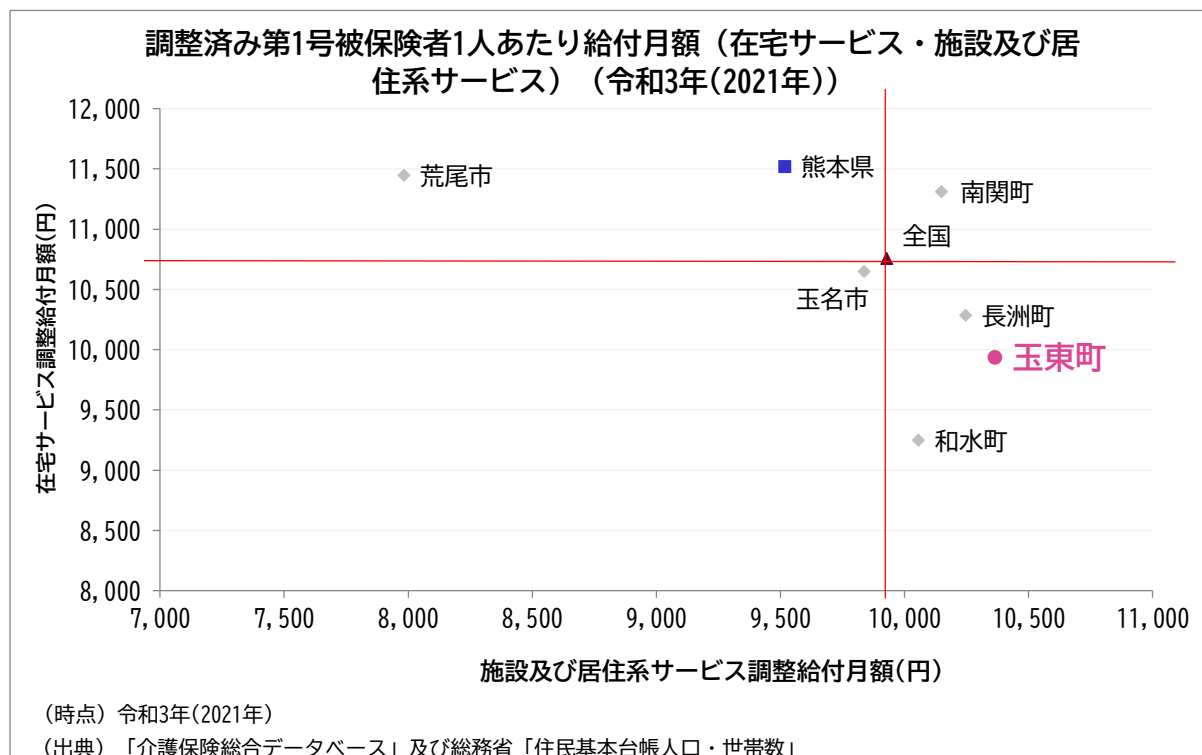
出典：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム

※「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、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与、特定福祉用具購入費、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

### ⑦第1号被保険者1人あたり給付月額の分布

本町の調整済み第1号被保険者1人あたり給付月額の状態をみると、施設及び居住系サービスは全国及び熊本県平均を上回っており、在宅サービスは全国及び熊本県を下回っています。



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。



## 2 各種調査結果の概要

### (1) 各種調査の概要

#### ①介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

##### ア) 調査実施時期

令和4年12月～令和5年3月に実施しました。

##### イ) 調査対象者及び実施方法

町内在住の65歳以上の一般高齢者、総合事業対象者、要支援認定者を調査対象とし、郵送による配布・回収を行いました。

##### ウ) 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
1,647件	1,136件	69.0%

#### ②在宅介護実態調査

##### ア) 調査実施時期

令和4年11月～令和5年5月に実施しました。

##### イ) 調査対象者及び実施方法

町内在住の主に在宅で要支援・要介護認定を受けている方を対象とし、認定調査員による聞き取り方式で配布・回収を行いました。

##### ウ) 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
65件	65件	100.0%

#### ③介護サービス事業所実態調査

##### ア) 調査実施時期

令和5年5月に実施しました。

##### イ) 調査対象者及び実施方法

町内の介護サービス事業所を調査対象とし、メールによる配付・回収を行いました。

##### ウ) 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
9事業所	9事業所	100.0%

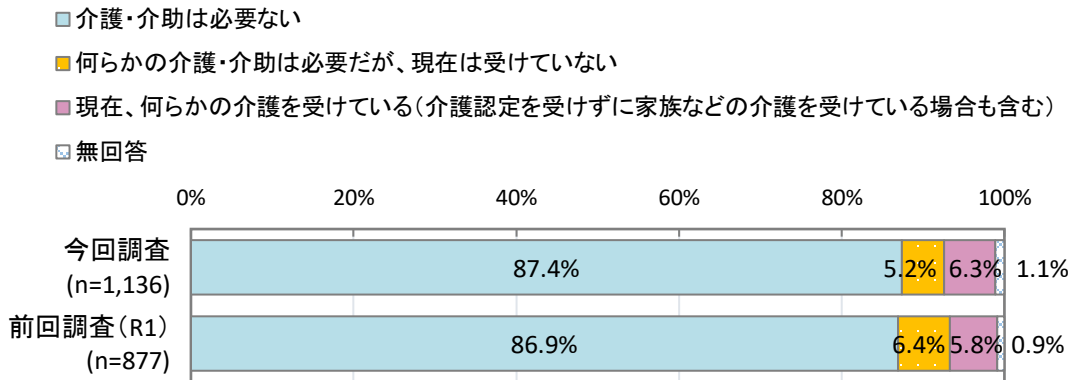
### 3 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果

#### (1) 介護・介助の必要性及び疾病の状況について

##### ①介護・介助の必要性

介護・介助の必要性については、約9割が「介護・介助は必要ない」としている。

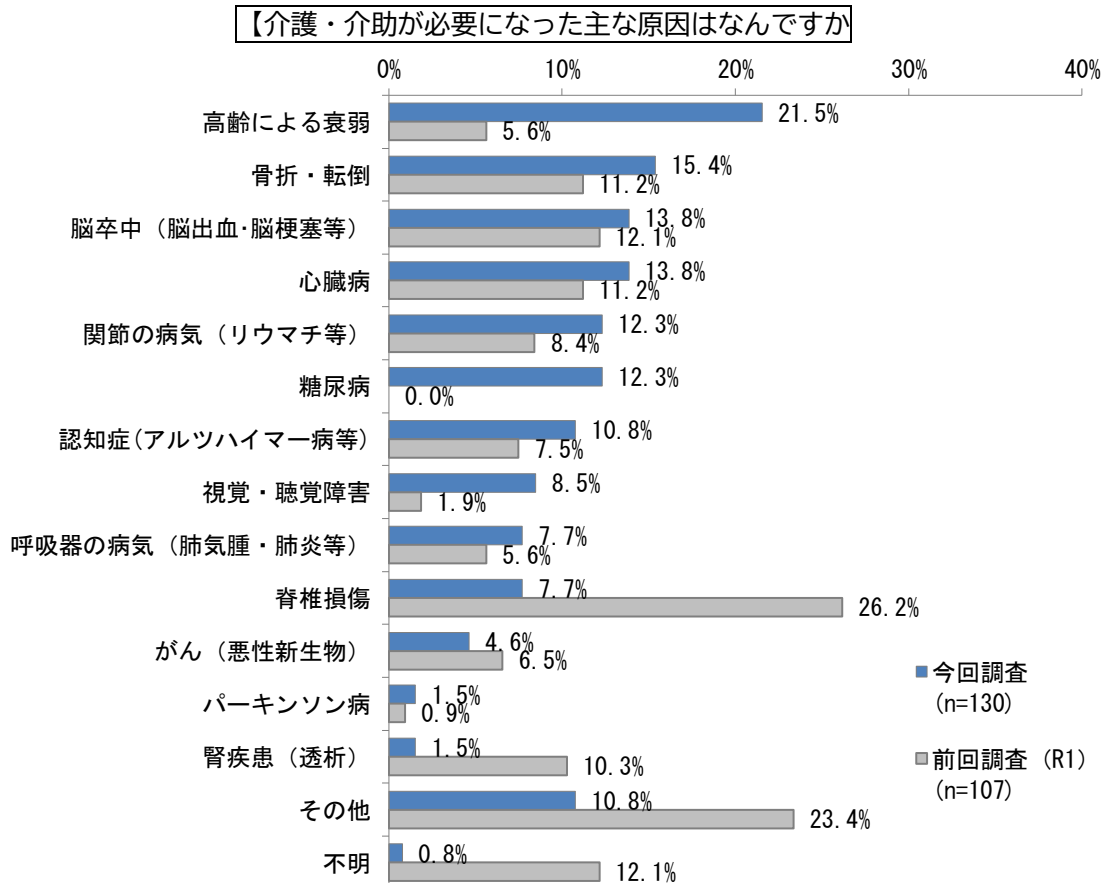
あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか



##### ②介護・介助が必要になった主な原因

「何らかの介護・介助が必要な方」または「現在、何らかの介護を受けている方」における介護・介助が必要になった主な原因については、「高齢による衰弱」「骨折・転倒」との回答が約2割となっている。

前回調査と比較すると、「高齢による衰弱」「糖尿病」「視覚・聴覚障害」が5.0ポイント以上高くなっている。



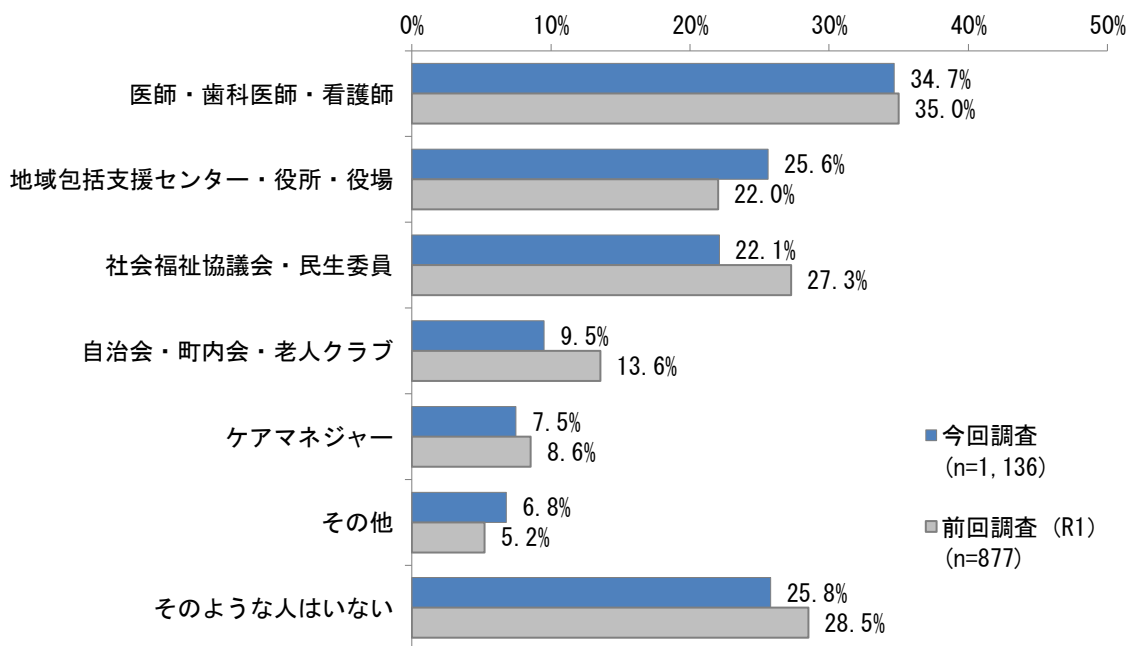
### ③まわりの人との「たすけあい」

家族や友人・知人以外の相談相手については、約3割が「医師・歯科医師・看護師」とし、最も多くなっている。

前回調査と比較すると、「地域包括支援センター・役所・役場」が3.6ポイント高く、「社会福祉協議会・民生委員」が5.2ポイント低くなっている。

前回調査と同様に、「そのような人はいない」との回答が約3割となっている。

家族や友人・知人以外で、何かあったときに相談する相手を教えてください

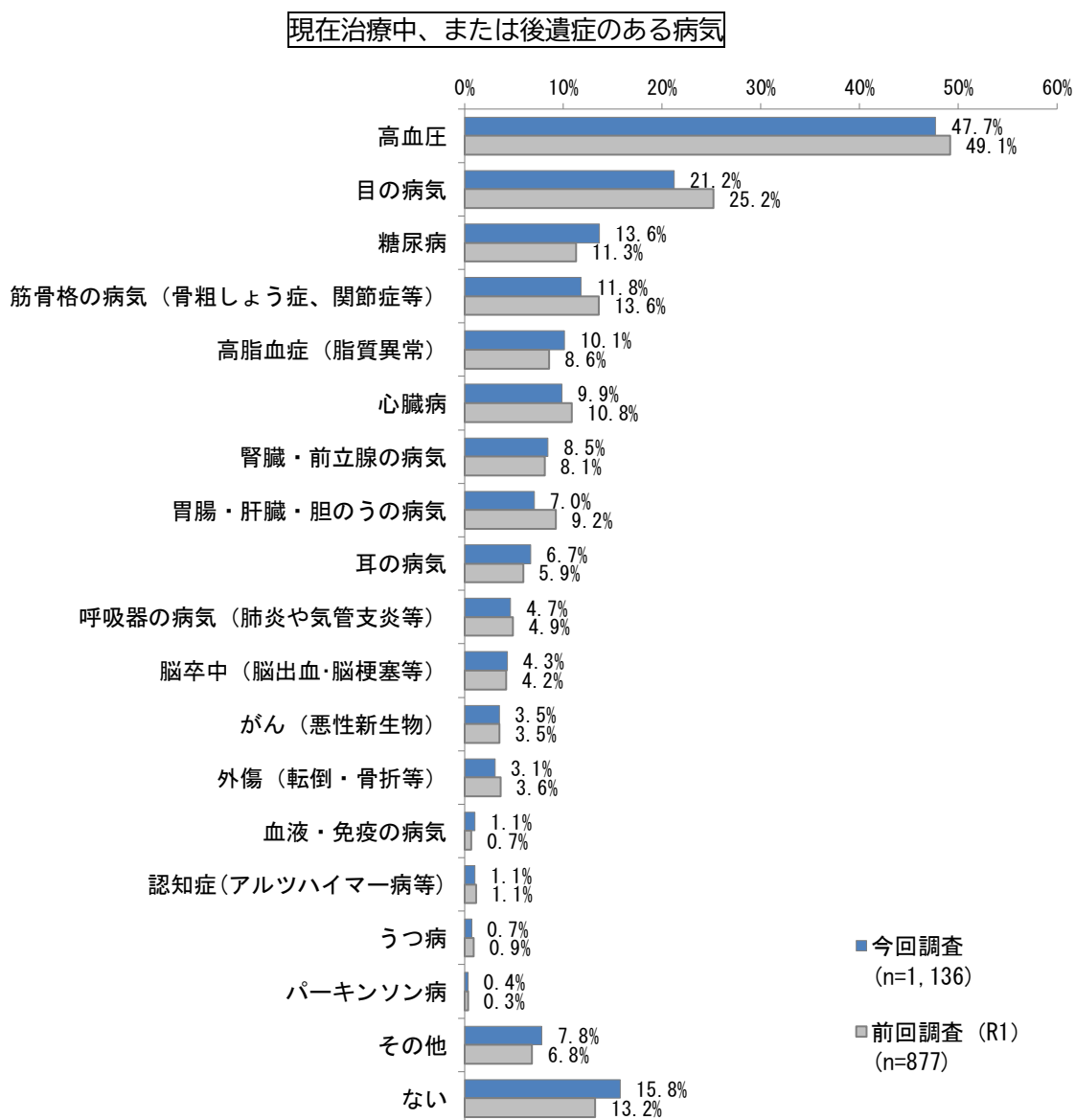
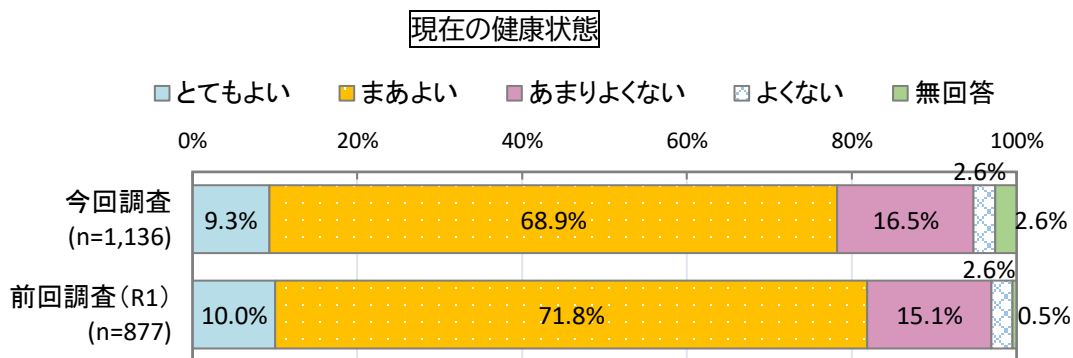


#### ④健康状態（疾病状況）

現在の健康状態については、約8割が「概ねよい（とてもよい+まあよい）」と回答している。

現在治療中、または後遺症のある病気があるかについては、約5割が「高血圧」と回答し、前回調査と同様に最も多くなっている。

前回調査と比較すると、回答割合に大きな差異は見られなかった。

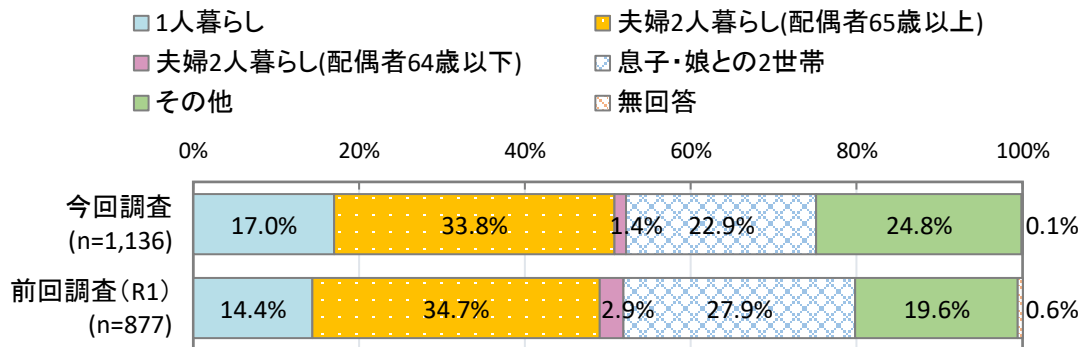


## (2) 家族構成及び経済的な状況について

家族構成については、約3割が「夫婦2人暮らし（配偶者 65歳以上）」と回答し、最も多くなっている。性年齢別でみると、85歳以上の女性の約3割が「1人暮らし」と回答している。

現在の暮らしの状況を経済的にみてどう感じるかについては約7割が「ふつう」と回答し、約2割が「概ね苦しい（大変苦しい+やや苦しい）」と回答している。

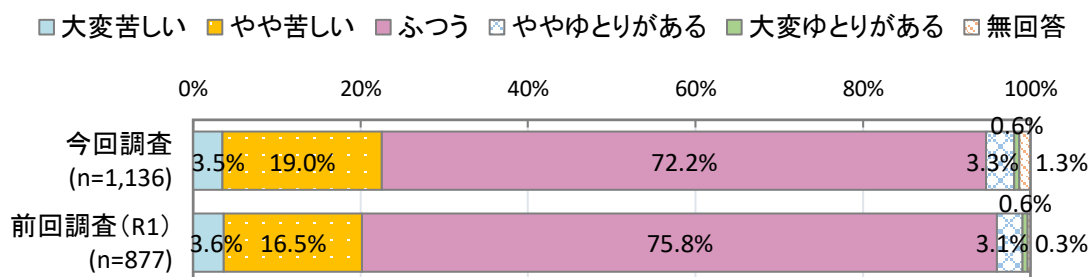
家族構成



		サンプル数	1人暮らし	夫婦2人暮らし(配偶者65歳以上)	夫婦2人暮らし(配偶者64歳以下)	息子・娘との2世帯	その他	無回答	
今回調査		1,136	193	384	16	260	282	1	
		100.0%	17.0%	33.8%	1.4%	22.9%	24.8%	0.1%	
性・年齢別	男性	65~74歳	236	27	89	15	36	69	0
		75~84歳	168	16	71	0	41	39	1
		85歳以上	69	11	30	0	19	9	0
	女性	65~74歳	277	32	113	1	60	71	0
		75~84歳	252	66	68	0	65	53	0
		85歳以上	134	41	13	0	39	41	0

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る  
 上段: 回答者数  
 下段: 構成比  
 ■ 上位1項目

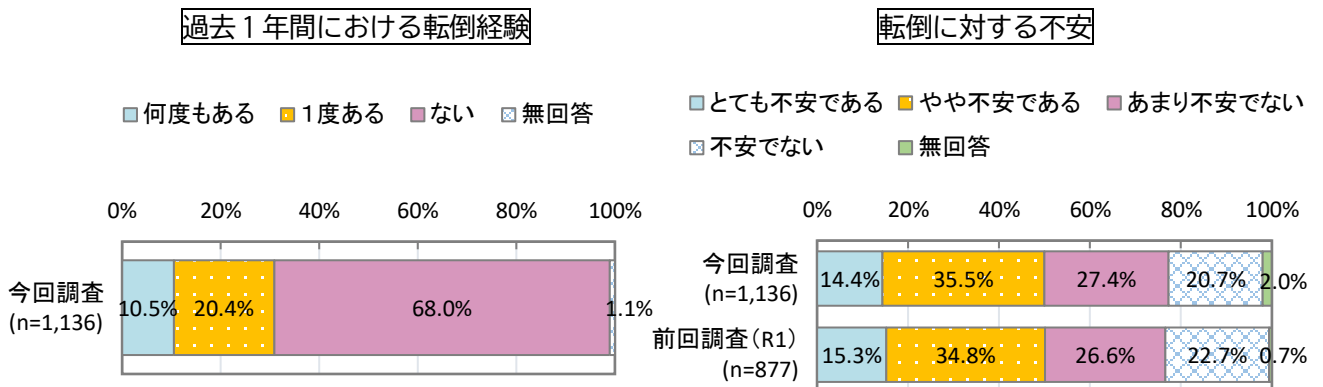
現在の暮らしの経済的状況



### (3) 心身の機能について

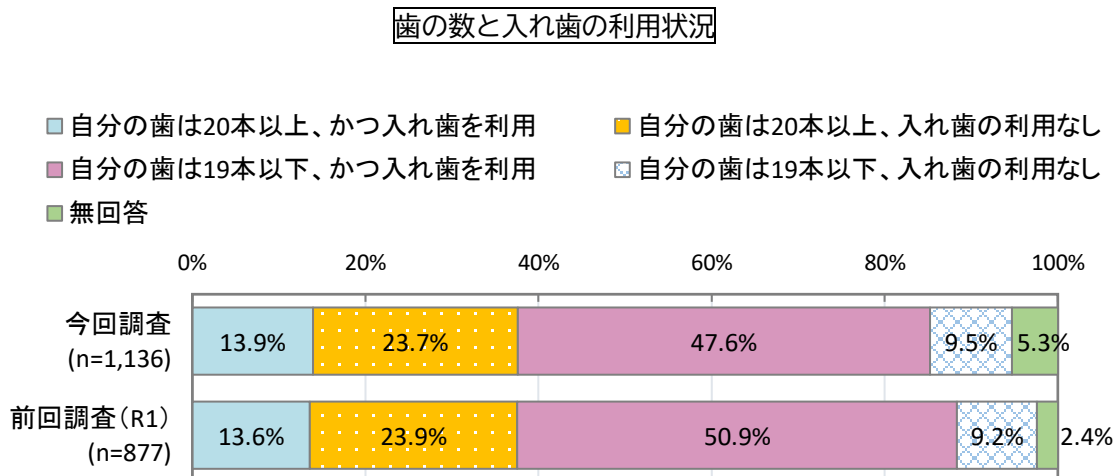
#### ①からだを動かすことについて

過去1年間に転んだことがあるかについては、約7割が「ない」と回答しており、転倒に対する不安が大きいかについては、「概ね不安である（とても不安である+やや不安である）」と「概ね不安でない（不安でない+あまり不安でない）」がそれぞれ約5割となっている。性・年齢別でみると、女性のうち、高齢になるにつれて転倒に対する不安が大きいとしている傾向が伺える。



#### ②口腔について

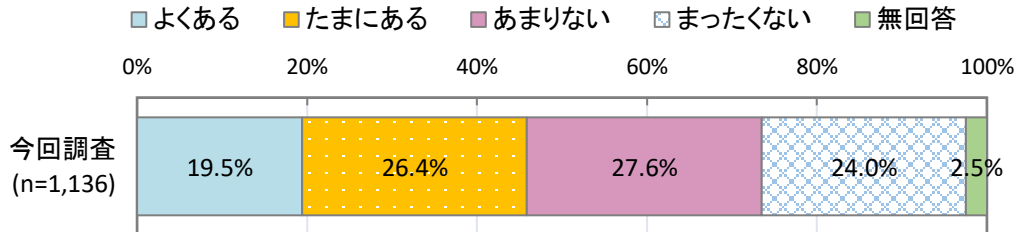
歯の数と入れ歯の利用状況については、約5割が「自分の歯は19本以下、かつ入れ歯を利用」と回答し、最も多くなっている。性年齢別で見ると、女性の65～74歳においては「自分の歯は20本以上、入れ歯の利用なし」「自分の歯は19本以下、入れ歯の利用なし」と自分の歯を利用している人が約5割を占め、入れ歯の利用率が低い傾向が伺える。



### ③耳の聞こえについて

耳が聞こえにくくなったと感じることがあるかについては、約5割が「概ねある（よくある+たまにある）」と回答している。また年齢別でみると、年齢があがるにつれて「概ねある」の割合が高くなっている。

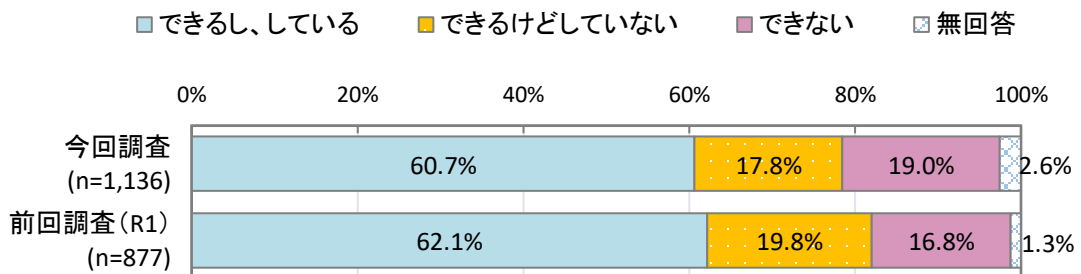
耳の聞こえにくさについて



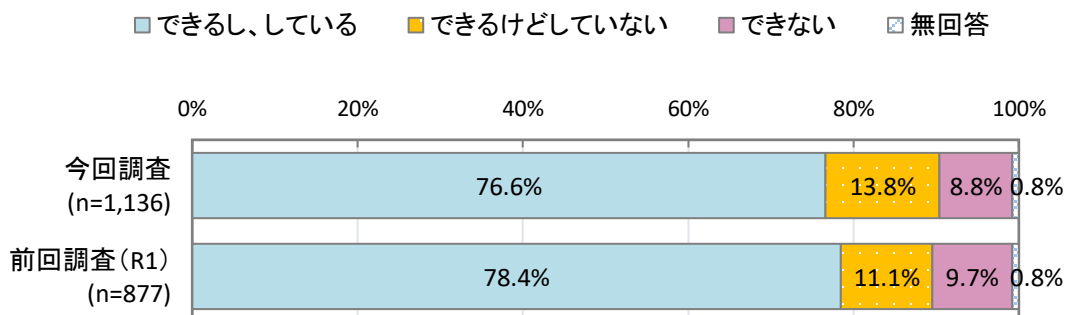
### ④日常生活の自立について

「階段を手すりや壁をつたわずに昇っているか」、「バスや電車を使って1人で外出しているか」、「自分で預貯金の出し入れをしているか」などの日常的な動作について、ほとんどの設問において、自分でまたは一人で「できるし、している」との回答が多くなっており、日常生活の認知機能、生活機能について概ね問題なく過ごしている方が多いことが伺える。

階段を手すりや壁をつたわずに昇っているか

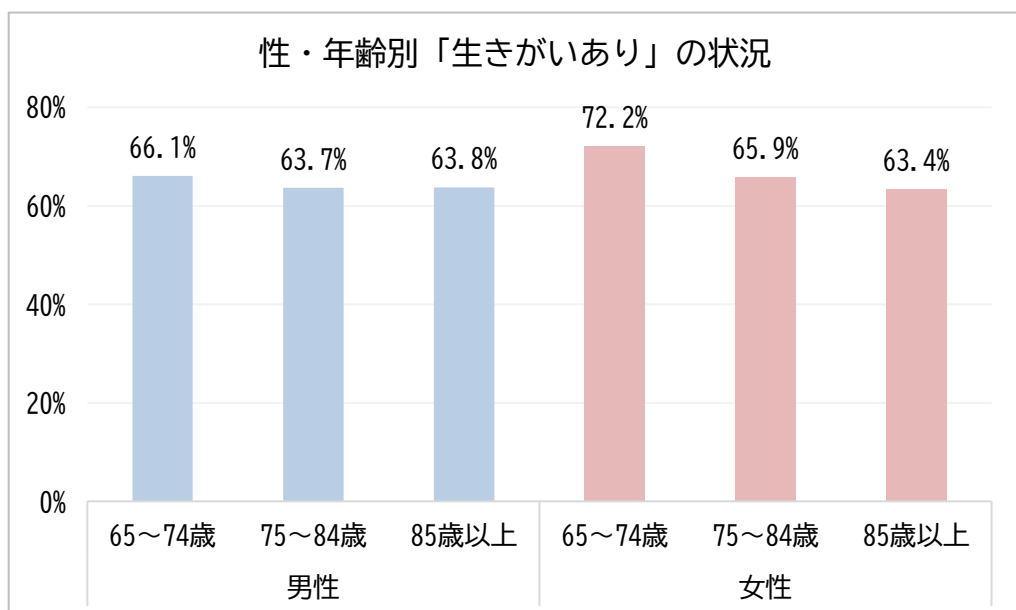
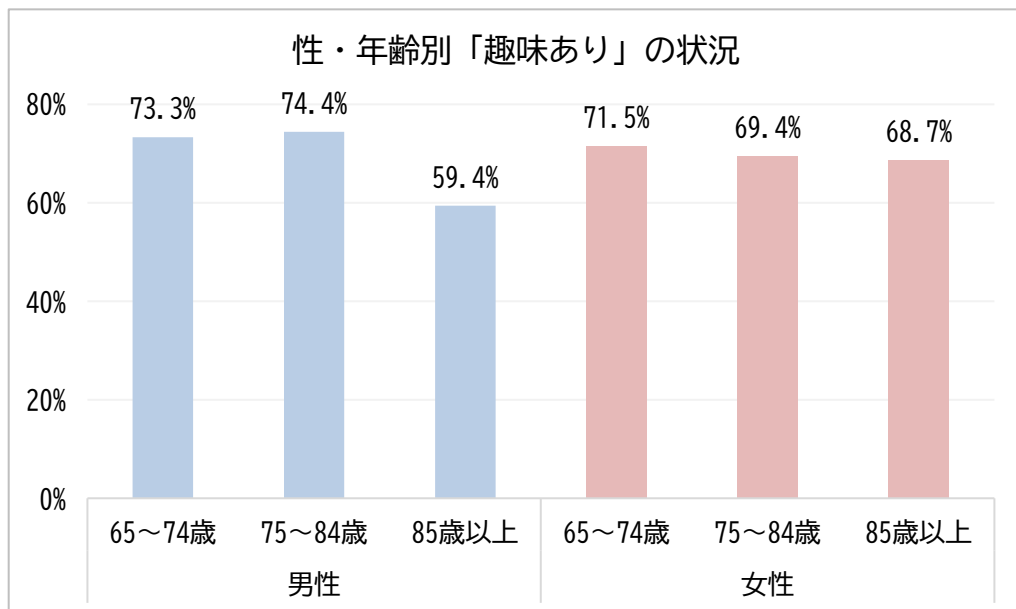
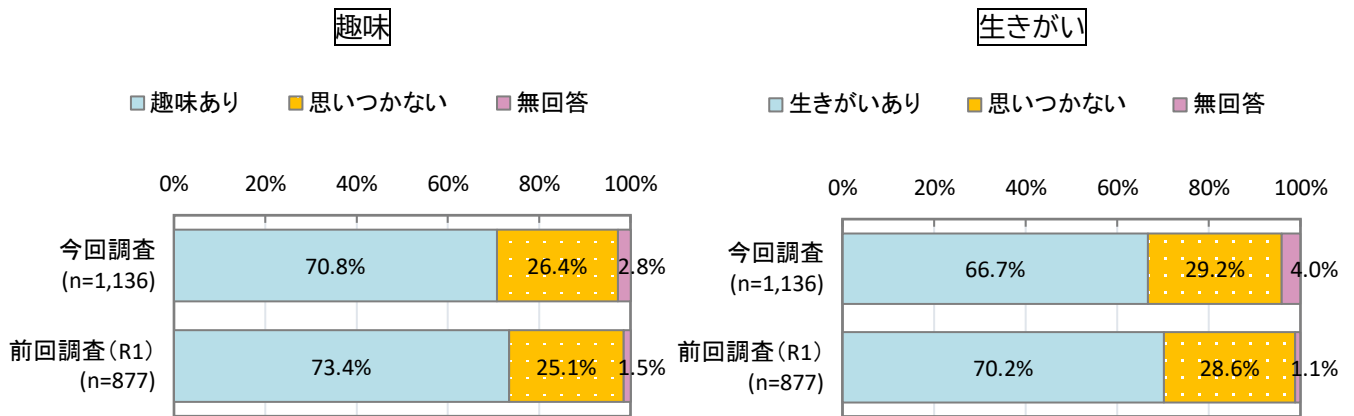


バスや電車を使って1人で外出しているか



### ⑤趣味・生きがいについて

趣味、生きがいがあるかについては、約7割が「趣味あり」「生きがいあり」とそれぞれ回答している。



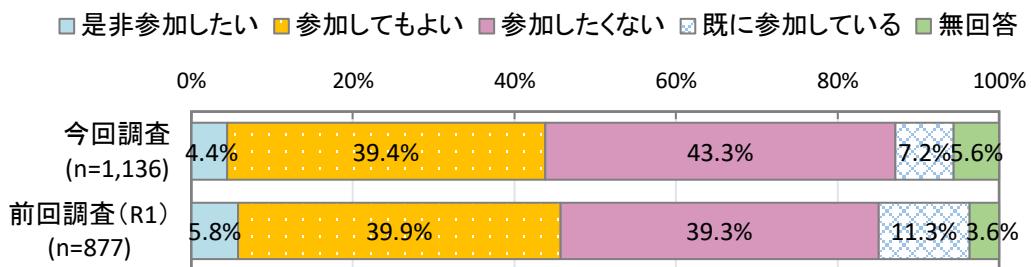


## (4) 地域での交流活動等について

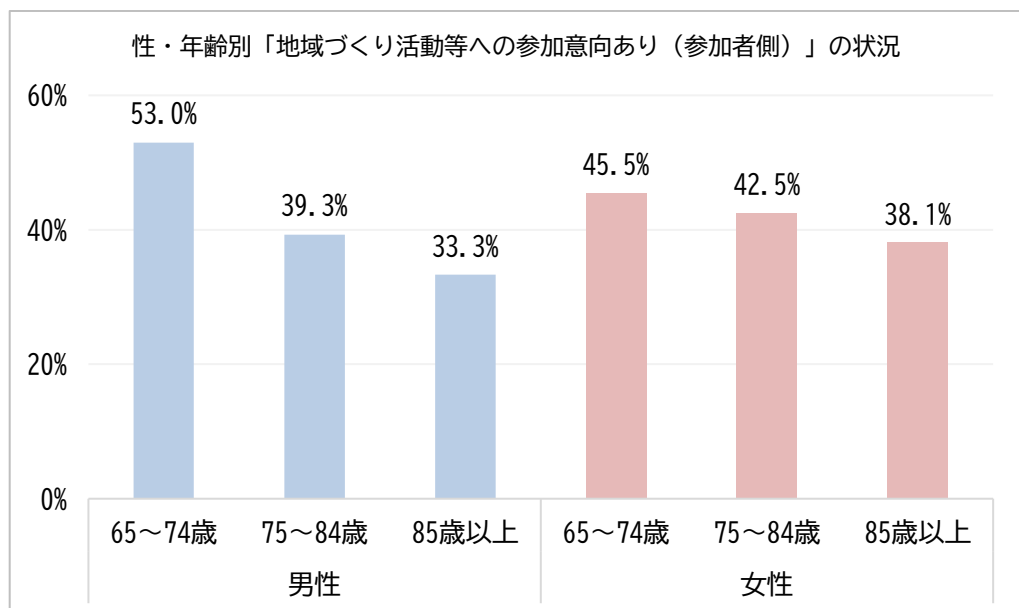
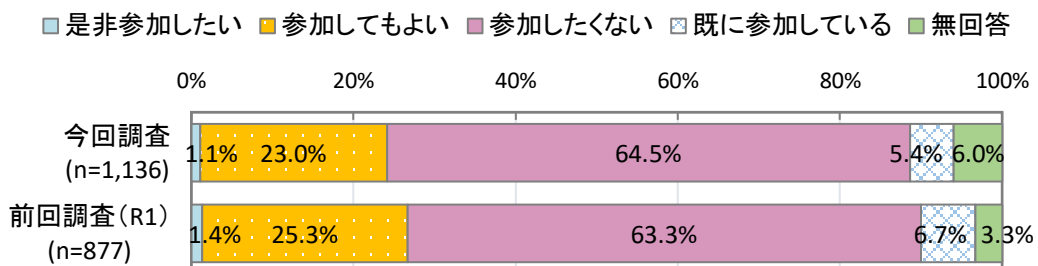
### ①地域での活動について

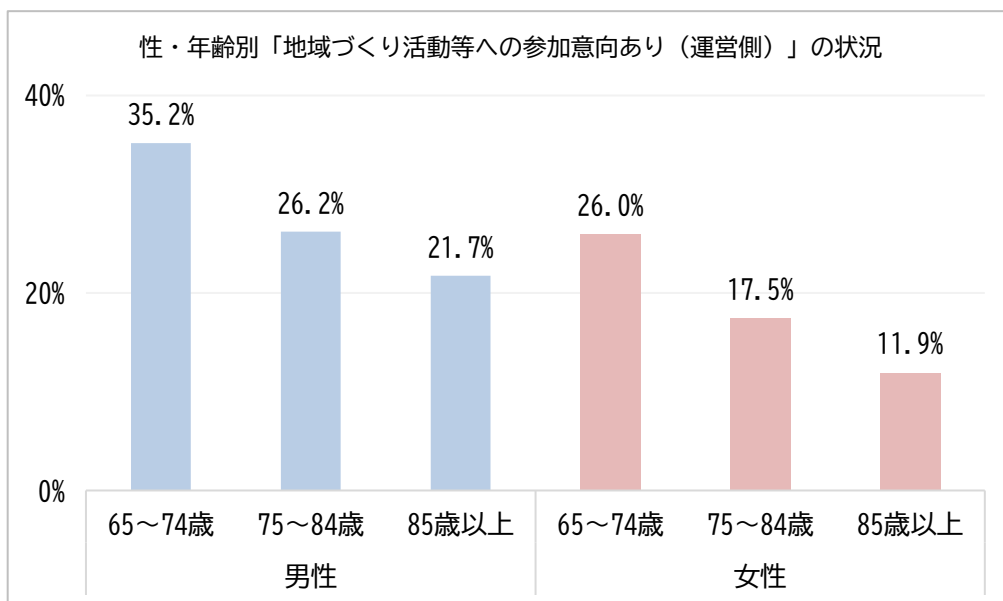
地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行い、いきいきした地域づくりへの活動意思において、「概ね参加してもよい（是非参加したい+参加してもよい）」と回答している割合は、「参加者」としては約4割の回答となっているのに対し、「企画・運営（お世話役）」としては約2割の回答となっている。

地域づくり活動等への参加意向（参加者側）



地域づくり活動等への参加意向（運営側）

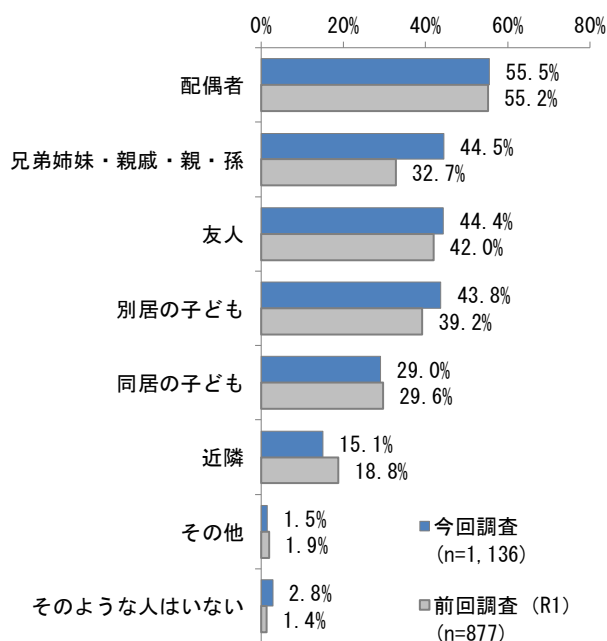




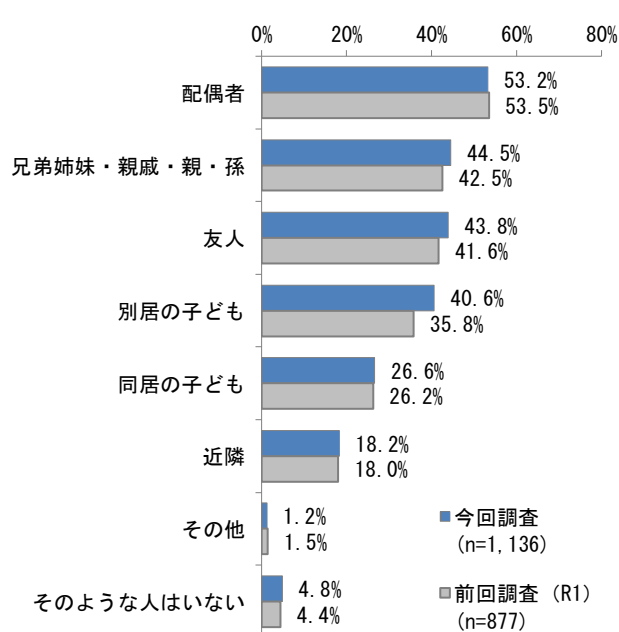
## ②まわりの人の「たすけあい」について

心配事や愚痴を聞いてくれる人・聞いてあげる人、及び寝込んだ時に看病や世話をしてくれる人・してあげる人について、全てにおいて「配偶者」の回答が最も多くなっている。

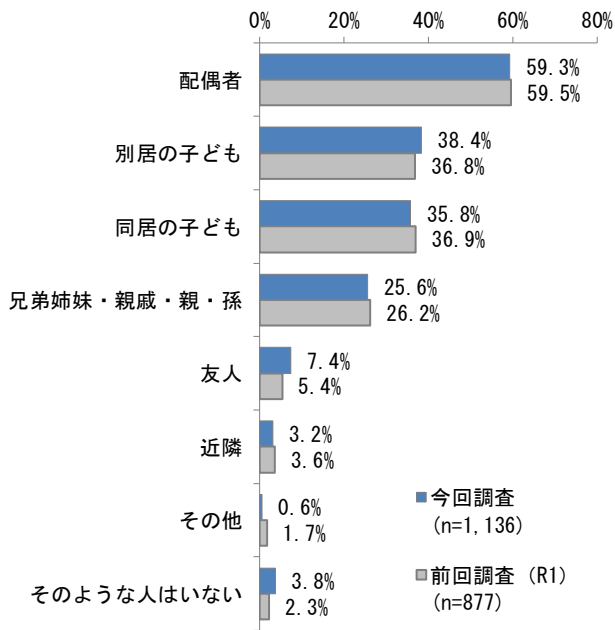
心配事や愚痴を聞いてくれる人



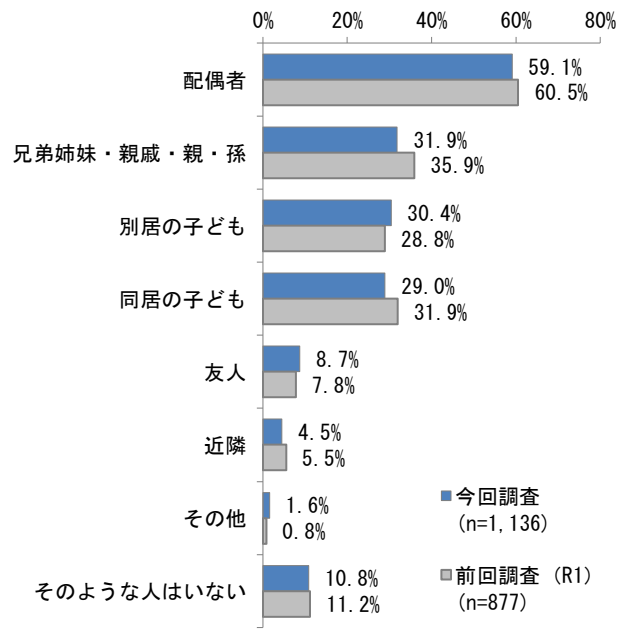
心配事や愚痴を聞いてあげる人



看病や世話をしてくれる人



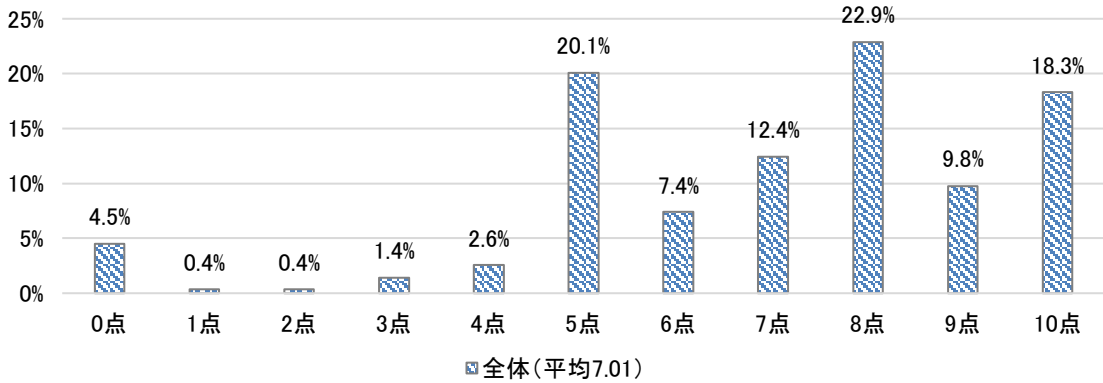
看病や世話をしてあげる人



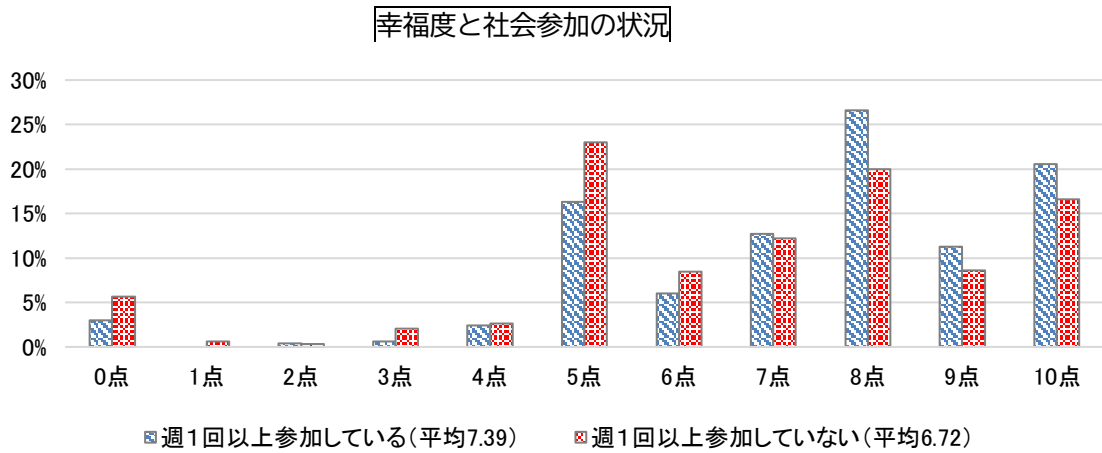
### (5) 幸福感について

幸福度の平均点は 7.01、約 6 割が「概ね幸せ (7~10 点)」と回答しており、全体的に幸福度の高さが伺える。

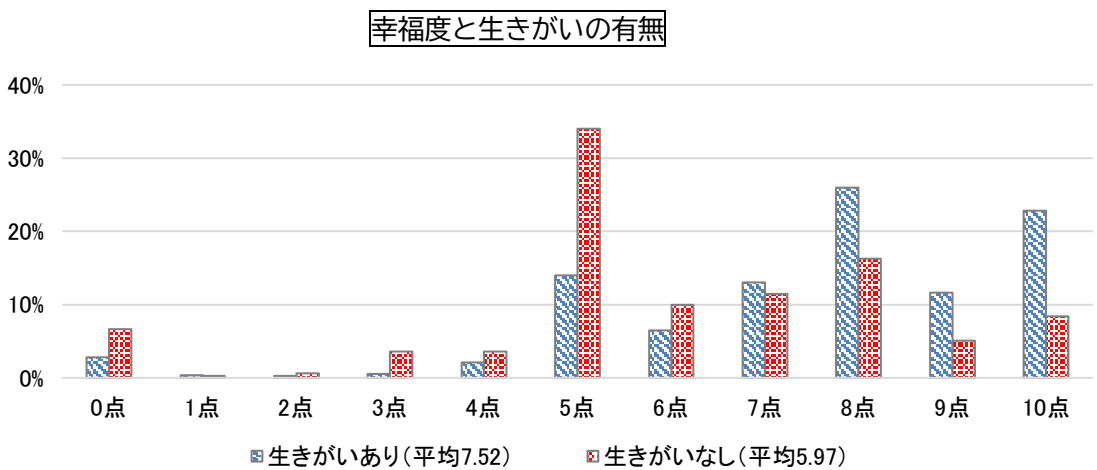
幸福度



社会参加を週1回以上している人の幸福度の平均点が、週1回以上参加していない人と比較して高くなっている。

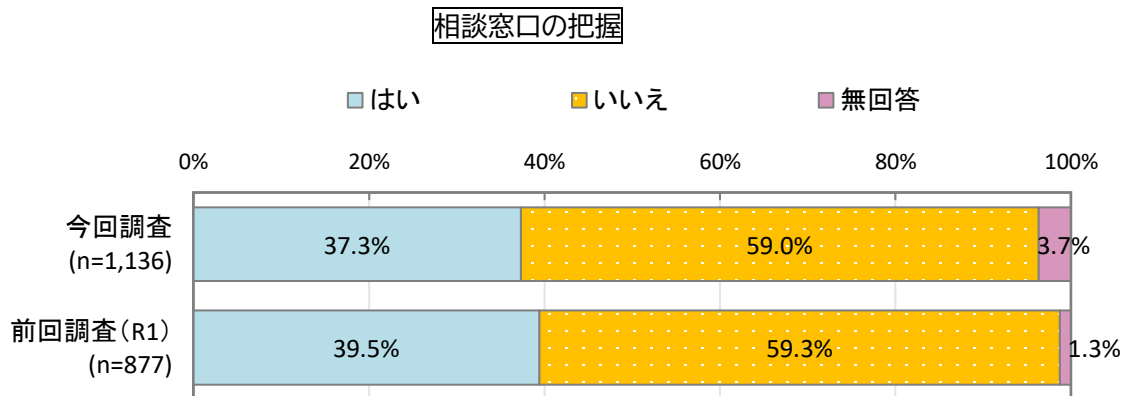


生きがいがあると回答した人の幸福度の平均点が、生きがいがないと回答した人と比較して高くなっている。



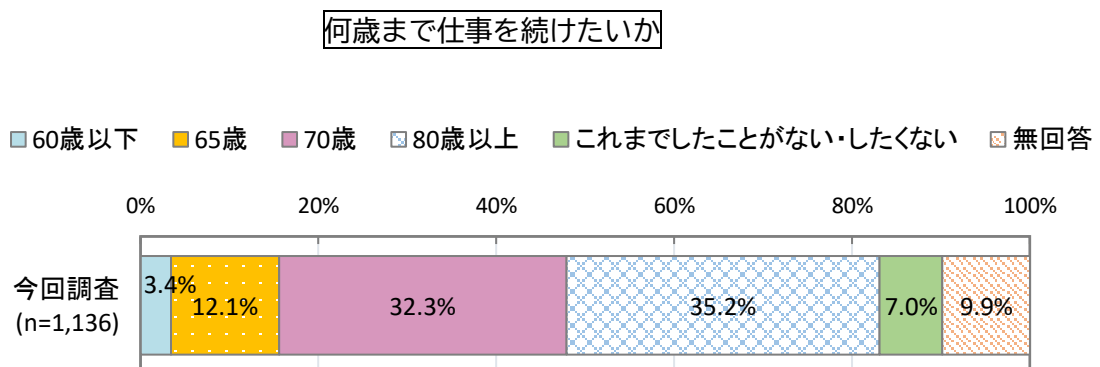
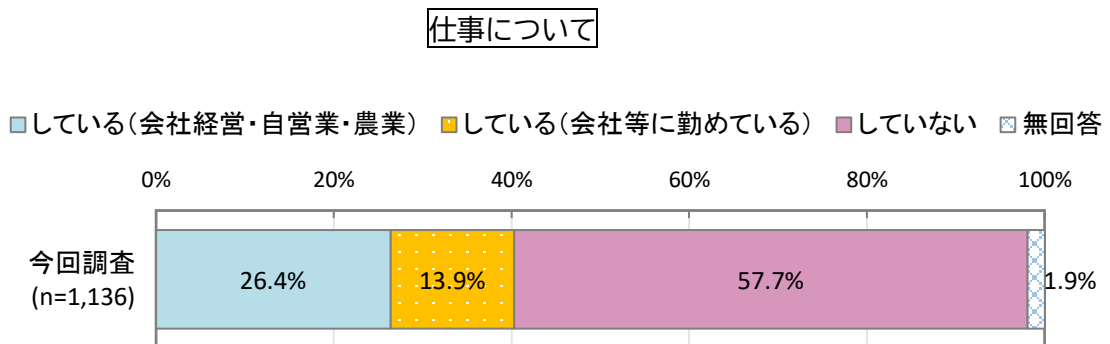
## (6) 認知症に係る相談窓口について

認知症に係る相談窓口の認知度については、約6割が「いいえ」と回答している。性・年齢別でみると、男性では年齢が低くなるほど認知度が低くなっており、今後は認知症にかかる相談窓口を十分に浸透させる必要がある。

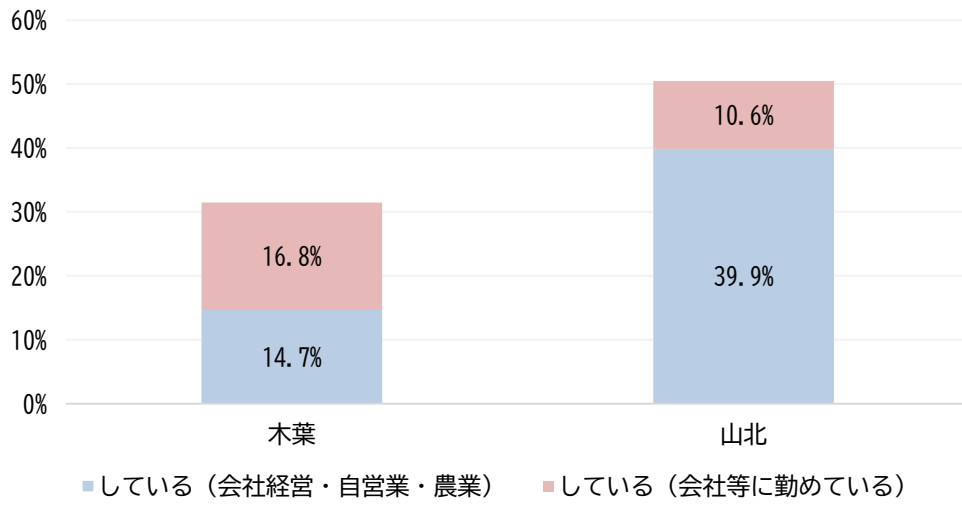


## (7) 仕事・就労について

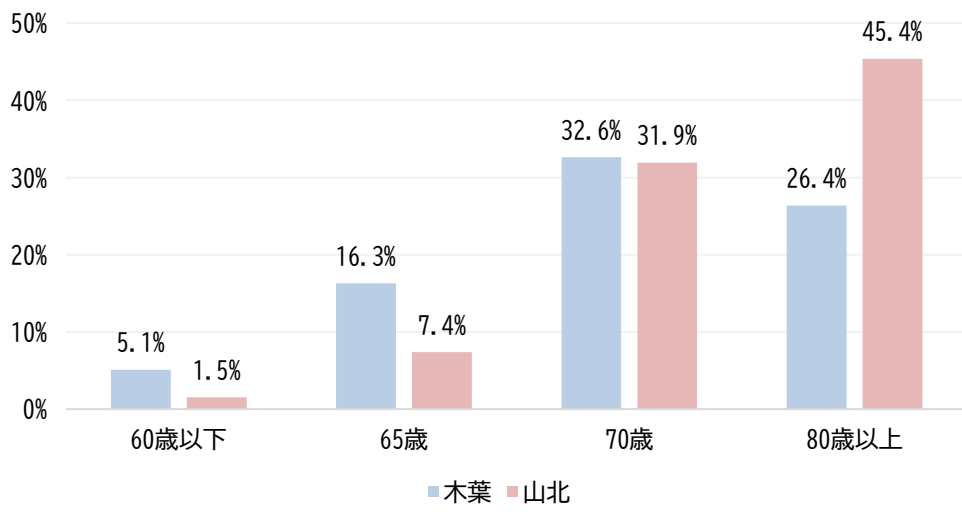
現在収入のある仕事をしているかについては、約6割が「していない」と回答している。身体が健康なら、仕事はいつまで続けたい（続けたかった）かについては、「80歳以上」が約4割と最も高く、多くの人が健康であるなら仕事を長く続けたいと思っていることが伺える。



### 地区別「仕事をしている」割合



### 地区別「何歳まで仕事を続けたいか」

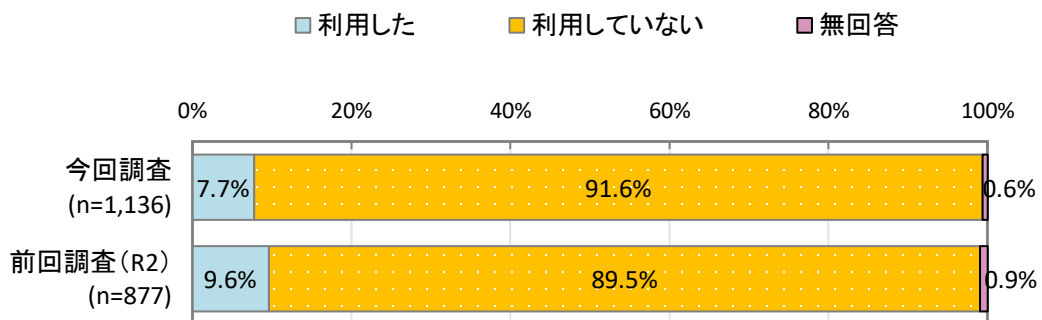


## (8) 移動について

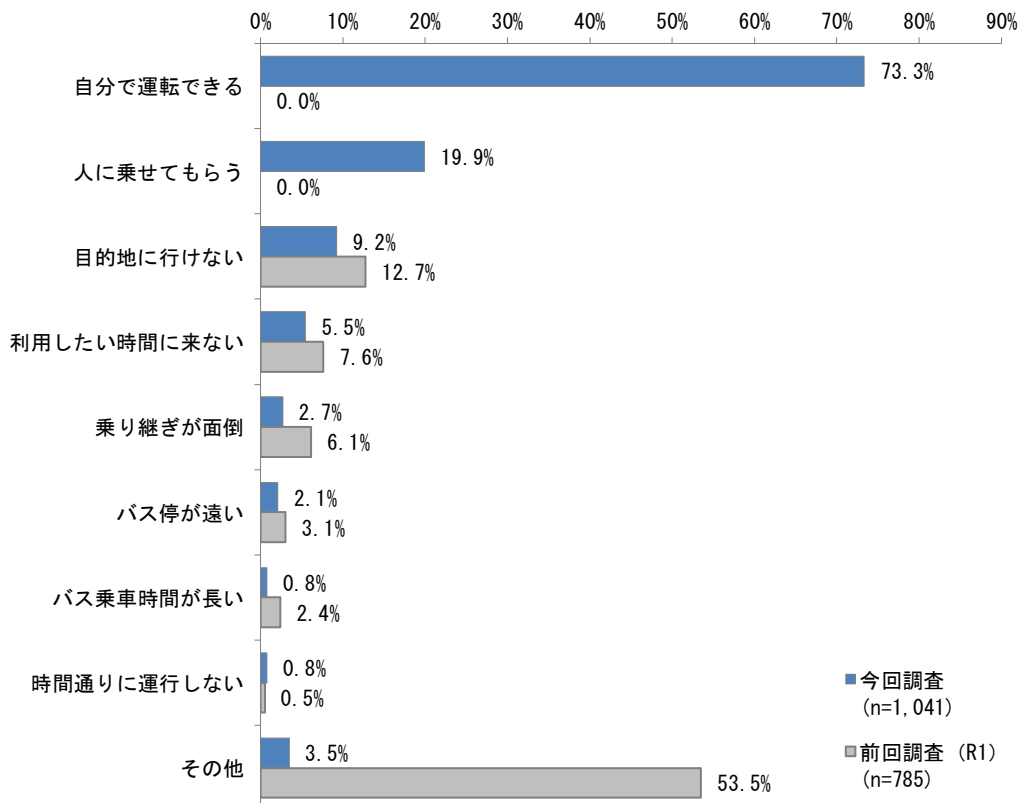
最近1か月間で町の無料循環バスを利用したかについては、約9割が「利用していない」と回答している。

利用していない理由として、「自分で運転できる」が約7割と最も高くなっている。性・年齢別でみると、男性では85歳以上においても「自分で運転できる」と回答した割合が約6割と高くなっているが、女性の85歳以上では1割未満と低く、一方で「人に乗せてもらう」の回答割合が高くなっている。

町の無料循環バスの利用



町の無料循環バスを利用していない理由

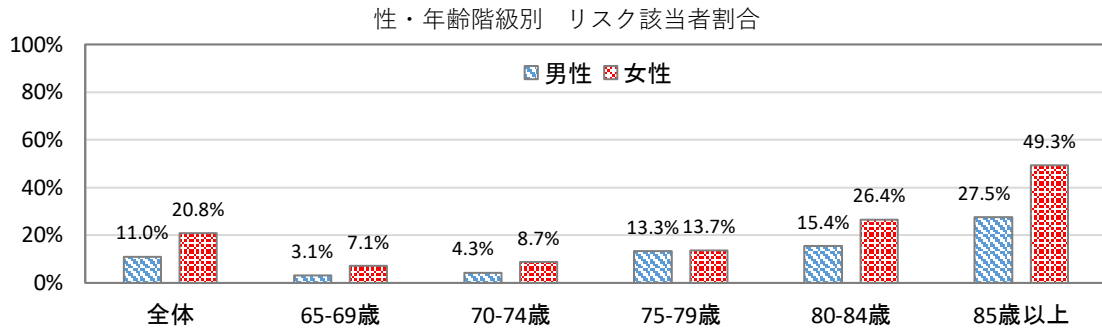


## (9) 各リスク判定結果

### ①運動器の機能低下

運動器の判定結果をみると、全年齢の男性が 11.0%、女性が 20.8%リスクありの該当者となっています。

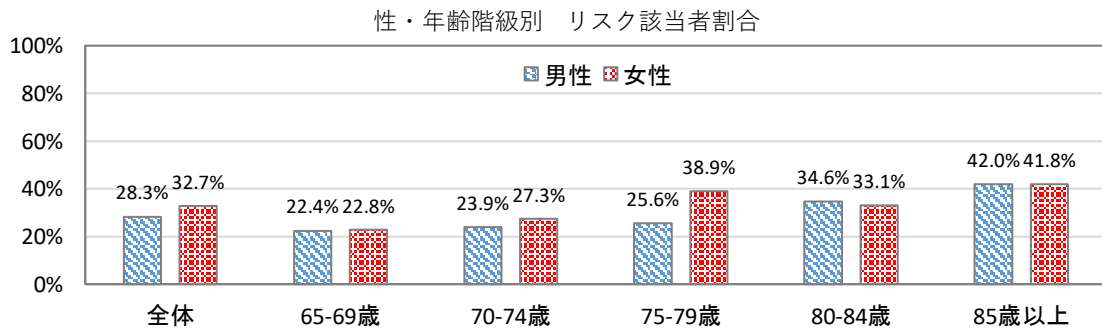
全ての年代で、男性よりも女性のほうが、該当者割合が高くなっています。



### ②転倒リスク

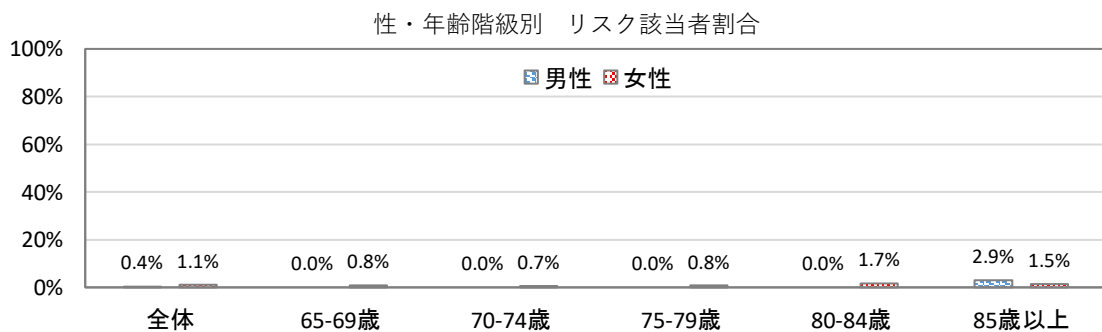
転倒リスクの判定結果をみると、全体で男性が 28.3%、女性が 32.7%リスクありの該当者となっています。

男女ともに年齢があがるにつれて該当者割合が高くなっている傾向がみられ、85歳以上では4割以上となっています。



### ③低栄養の傾向

低栄養傾向の判定結果をみると、全体で男性が 0.4%、女性が 1.1%となっています。また、該当者割合は他の項目に比べて非常に低くなっています。

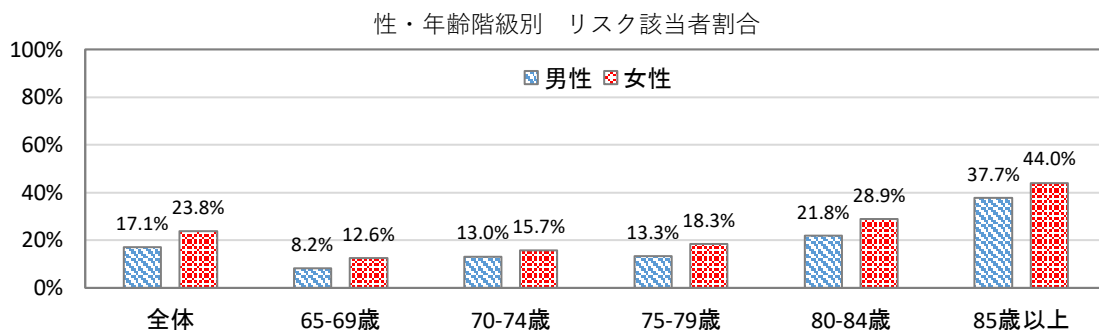




#### ④閉じこもり傾向

閉じこもり傾向の判定結果をみると、全体で男性が 17.1%、女性が 23.8%リスクありの該当者となっています。

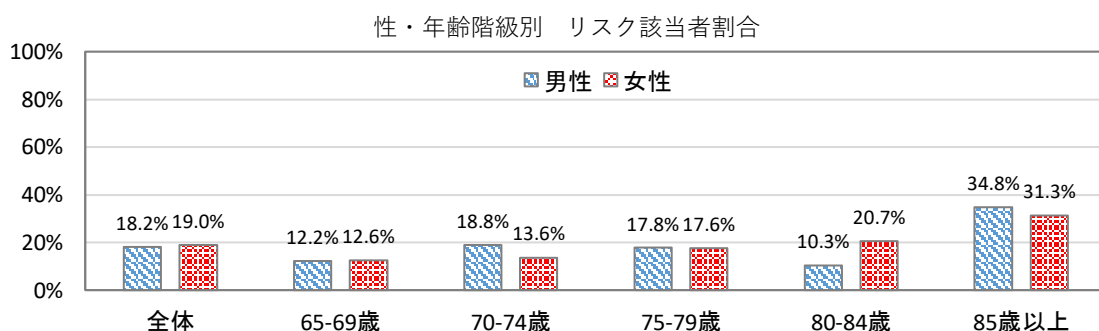
全ての年代で、男性よりも女性のほうが、該当者割合が高くなっています。



#### ⑤口腔機能の低下

口腔機能に関する判定結果をみると、全体で男性が 18.2%、女性が 19.0%リスクありの該当者となっています。

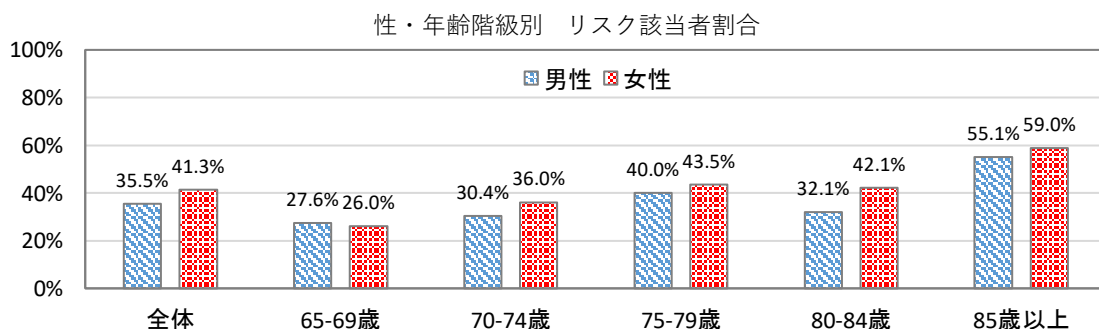
他の項目に比べて男女差は比較的小さくなっています。



#### ⑥認知機能の低下

認知機能の判定結果をみると、全体で男性が 35.5%、女性が 41.3%リスクありの該当者となっています。

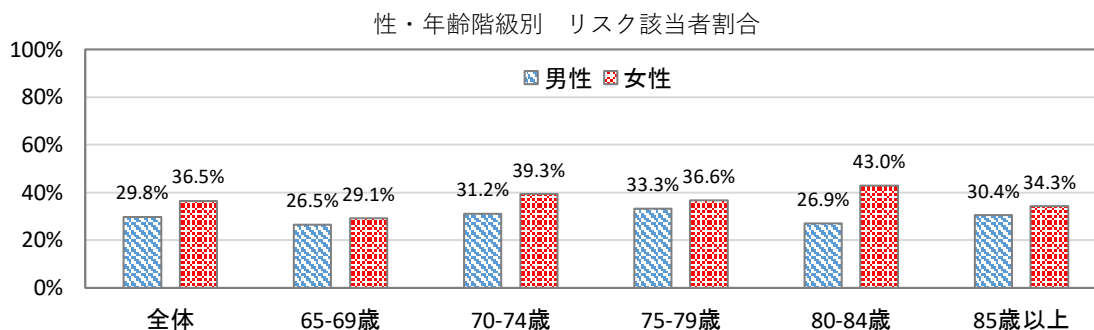
全ての年代で、男性よりも女性のほうが、該当者割合が高くなっています。



### ⑦うつ傾向

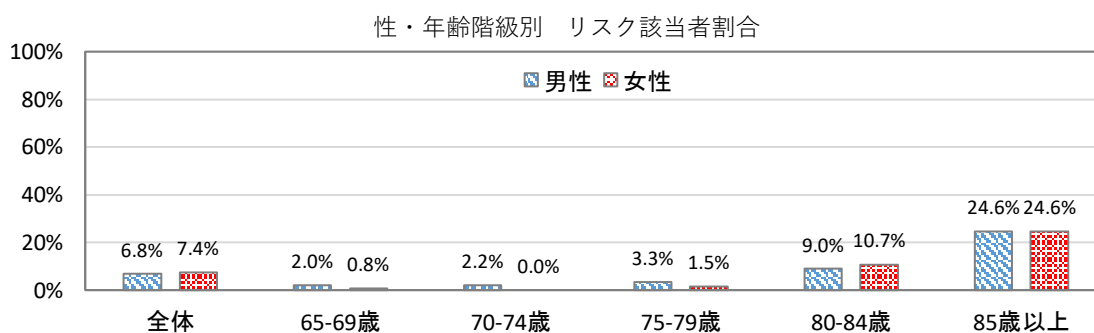
うつ傾向の判定結果をみると、全体で男性が 29.8%、女性が 36.5%リスクありの該当者となっています。

全ての年代で、男性よりも女性のほうが、該当者割合が高くなっています。



### ⑧ IADL（日常生活動作）の低下

IADLが低い方の割合は、全体で男性 6.8%、女性 7.4%となっています。男女ともに 85 歳以上で該当者割合が高くなっています。



※ 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。

## 第3章 第8期計画の検証

第8期計画における目指す姿及び取り組むべきこととして設定した基本目標について、以下のように検証し、本計画へ反映させています。第9期における目指す姿については第8期を継続するものとし、新しく追加する姿については施策の方向性に記載します。

### 基本目標1 健やかで生きがいのある暮らしを実現できるまちづくり

#### 【主要施策】

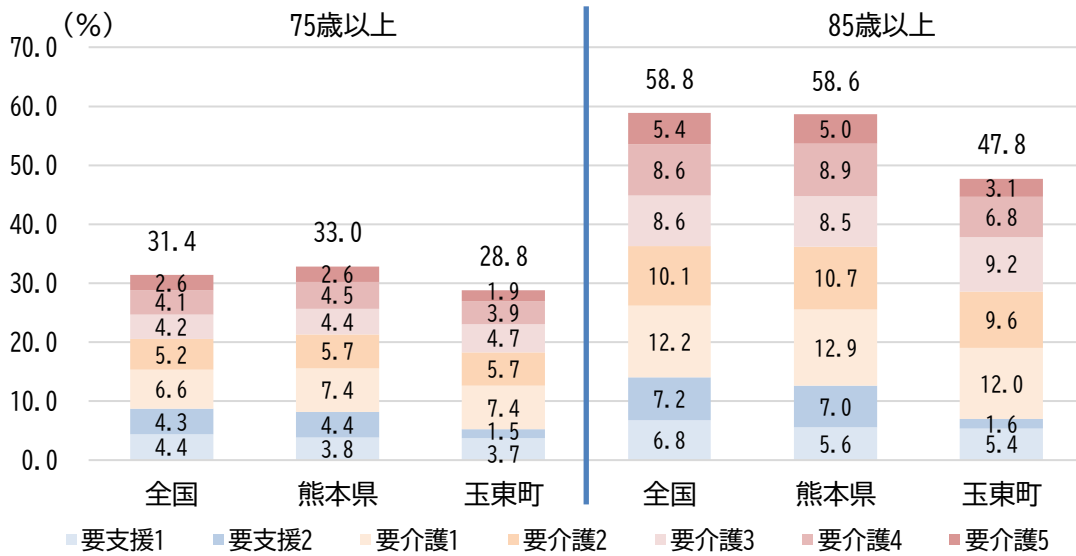
- ①地域における介護予防・健康づくりの推進
- ②生きがいづくりの支援と社会参加の促進

#### <第8期における目指す姿>

- 高齢者が自分らしい生活を送るために、本人の意思により心身の状態を維持していくための介護予防に取り組んでいる姿。
- 地域住民が生活支援コーディネーターと一緒に生活支援に係る課題やその解決策について検討を行っている姿。
- 地域住民が地区サロンを中心とした自発的な活動による新たなコミュニティづくりに取り組んでいる姿。
- サロンや通いの場が高齢者の新たな生きがいづくりや社会参加の場となっている姿。
- 高齢者同士が相互の支え合いを通じて地区サロン等の運営を続けている姿。
- 高齢者本人がケアマネジャー等と相談しながら自らの生活目標を設定し、介護サービス以外のインフォーマルサービスも含め選択し、自分らしい生活を継続している姿。
- 介護人材の確保が今後さらに厳しい状況となることをふまえ、地域住民が主体となって地域の中で介護予防や生活支援に取り組んでいる姿。
- 高齢者が保健師や管理栄養士などと相談しながら生活習慣病の重症化予防を図りつつ、住民主体の通いの場や一般介護予防事業に参加しフレイル（虚弱）予防に取り組んでいる姿。

## <現状の評価・分析>

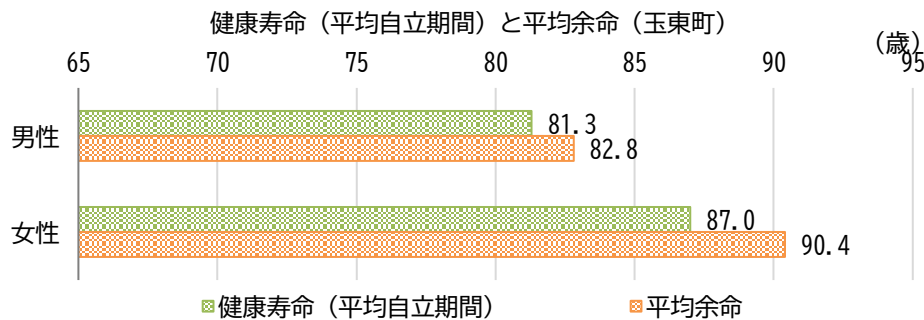
### ●介護認定率（75歳以上・85歳以上）



出典：厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システム（令和5年6月時点）

### ●健康寿命（平均自立期間）と平均余命

※健康寿命（平均自立期間）は、「健康寿命の算定方法の指針（2012年9月：厚労省科研費補助金研究）」の計算式等に基づき算定。平均自立期間の算定においては、要介護の規定が基本となる。平均自立期間の算定方法指針においては、要介護を「介護2以上（介護2～介護5）」と規定している。したがって、本計画においても「要介護2以上」のデータを使用する。



玉東町	健康寿命 (平均自立期間)	平均寿命	日常生活に制限の ある期間
男性	81.3歳	82.8歳	1.5年
女性	87.0歳	90.4歳	3.4年

熊本県	健康寿命 (平均自立期間)	平均寿命	日常生活に制限の ある期間
男性	80.4歳	82.0歳	1.6年
女性	85.0歳	88.5歳	3.5年

全国	健康寿命 (平均自立期間)	平均寿命	日常生活に制限の ある期間
男性	80.1歳	81.7歳	1.6年
女性	84.4歳	87.8歳	3.4年

出典：KDB「健康スコアリング（介護）」（令和4年度）

●要介護者の有病状況

外来	玉東町 (%)	熊本県 (%)	全国 (%)
糖尿病	42.0	23.1	24.3
高血圧症	60.2	58.7	53.3
脂質異常症	23.2	32.8	32.6
心臓病	69.5	65.7	60.3
脳疾患	26.4	22.8	22.6
がん	12.0	12.0	11.8
筋・骨疾患	58.5	59.2	53.4
精神	45.6	40.5	36.8
認知症	33.0	26.8	24.0
アルツハイマー病	18.8	19.1	18.1

出典：KDB「地域の全体像把握」（令和4年度）

●介護認定の有無と一人当たり医療費

外来	玉東町 (円)	熊本県 (円)	全国 (円)
介護認定あり（要介護2以上）	372,154	378,244	462,365
介護認定あり（要支援・要介護）	394,965	416,042	480,497
介護認定なし	289,267	296,492	286,122

入院	玉東町 (円)	熊本県 (円)	全国 (円)
介護認定あり（要介護2以上）	1,030,092	1,341,778	1,137,545
介護認定あり（要支援・要介護）	880,008	1,046,363	852,919
介護認定なし	174,205	217,044	159,285

出典：KDB「健康スコアリング（介護）」（令和4年度）

### <課題及び施策の方向性>

本町においては、高齢者が介護予防事業やその他の活動へ参加することで介護認定率の伸びを抑制することができています。特に、介護ニーズが増大する 85 歳以上において介護認定率の抑制につながっていることは介護予防事業の一定の効果を認めるものです。

一方、ニーズ調査では、85 歳以上になると認知機能、身体機能、口腔機能など閉じこもり傾向のあるフレイル（虚弱）状態の高リスク者が増加しています。

また、高齢者の医療受診状況を見ると、75 歳以上の後期高齢者の 98%は医療機関受診しており、85%は生活習慣病などの慢性疾患を抱えています。さらに介護認定者の有病状況からも、生活習慣病などの慢性疾患の重症化予防とフレイル予防を合わせた高齢者の健康づくりや介護予防の取組による高齢者の心身の機能維持が重要です。

また、ニーズ調査においても就労への意欲や地域活動への参加意欲の高い高齢者も多く、元気高齢者が、有償ボランティアや就労などの活動につながることで生きがいや役割の創出による人生 100 年時代の新たな生き方モデルとして活躍し続けていくための生きがい就労支援に取り組むことが重要となってきます。

- ① 健康な状態を維持していくための壮年期からの健康づくりや後期高齢者における生活習慣病の重症化予防とフレイル予防の取組（高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施）の充実を図ります。
- ② 本町においては後期高齢者人口が引き続き増加するため、高齢者の積極的な地域・社会活動への参加を促す必要があります。
- ③ 高齢者が元気で活躍できる社会の実現に向け一人ひとりの希望や心身の状態に応じた活動や就労につながるためのシステムの構築が必要です。
- ④ 高齢者が健康で自立した生活を継続していくためにケアマネジメントの充実や強化が必要です。特に、要介護者等がその心身の機能に応じ自立した生活が送れるようにするために、リハビリテーションに係るサービスが計画的に提供されるよう地域リハビリテーション事業等を積極的に取り組みます。
- ⑤ 高齢者が住み慣れた家や地域で生活が継続できるよう生活支援サービスや移動手段の充実、高齢者の見守り体制の強化を図る必要があります。
- ⑥ 一人暮らし高齢者又は夫婦のみの高齢者世帯、認知症の人の増加に対応し、地区サロンの開催、見守り・安否確認、外出支援、買い物・調理・掃除等の家事支援を含む日常生活上の支援が必要な高齢者が在宅生活を継続していくために必要となる多様な生活支援・介護予防サービスを整備していくために、多様なサービス主体をなり得る事業所への支えあい地区づくり応援団への参画を求めサービスを担う主体の支援、協働体制の充実・強化を図ります。

## 基本目標2 安心して在宅生活を送ることができるまちづくり

### 【主要施策】

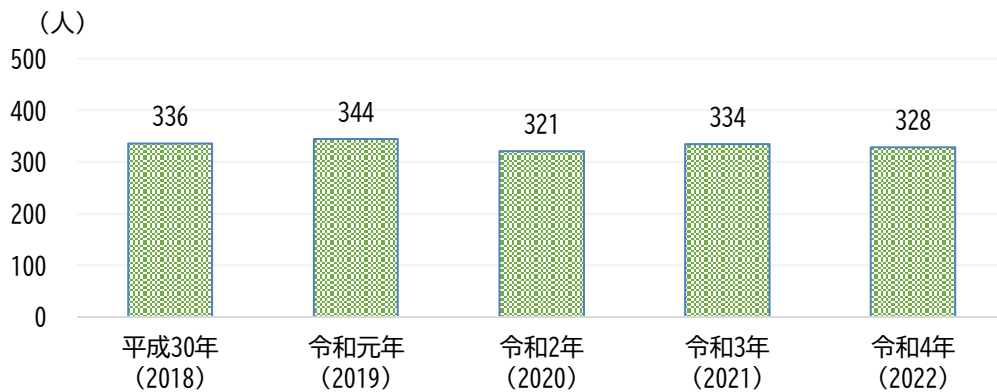
- ①認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って暮らせるまちづくり
- ②安全・安心な暮らしを支えるまちづくり
- ③高齢者の虐待防止・権利擁護の推進
- ④医療と介護をはじめとした地域の多職種連携体制の構築
- ⑤地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進

### <第8期における目指す姿>

- 高齢者自らが「脳いきいき教室」等の介護予防事業に参加し認知症の予防に取り組んでいる姿。
- 認知機能の低下が認められる高齢者が、初期集中支援チーム等の支援により早期に必要な医療や介護につながっている姿。
- 住民が認知症に関する相談窓口を知っており活用している姿。
- 認知症の人と家族が、安心して通うことができる認知症の予防と共生の視点にたった通いの場（認知症カフェ）に参加しながら社会とのつながりをもっている姿。
- 認知症の人がチームオレンジの中でどのように生きていきたいかを語りながら意思決定していくことができる姿。
- 認知症の人がチームオレンジや地域住民と一緒に自分らしい暮らしを継続している姿。
- 地域住民が認知症への理解を深め、認知症の人や家族への思いに寄り添いながらチームオレンジ等に参画している姿。
- 地域住民が認知症の症状等に応じた相談や活用できるサービスや支援（認知症ケアパス）について知っている姿。
- 認知症の人をはじめ高齢者が権利擁護事業や成年後見制度を活用し、日常的な金銭管理や財産管理等により生活を守ることができる姿。
- 地域住民をはじめ地域の民生委員や自治会などの地域組織、介護サービス事業所等が高齢者虐待に対する理解を深め虐待の兆候に気づき相談することができる姿。
- 高齢者の虐待に対して、地域包括支援センターが町や関係機関と協力しながら早期に支援を開始し虐待や不適切なケアを改善することができる姿。
- 高齢者が「日常の療養支援」「入退院支援」「緊急時対応」「看取り」など状況に応じた医療と介護ニーズに対して切れ目のない支援を受けることができる姿。
- 地域住民が在宅医療介護に関する相談窓口を知っており活用している姿。
- 高齢者が感染症や災害時においても継続した医療介護サービスを受けることができる姿。

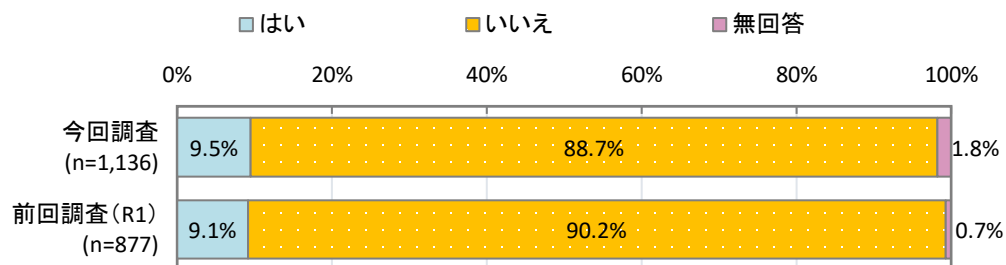
## <現状評価・分析>

### ●認知症高齢者数の推移



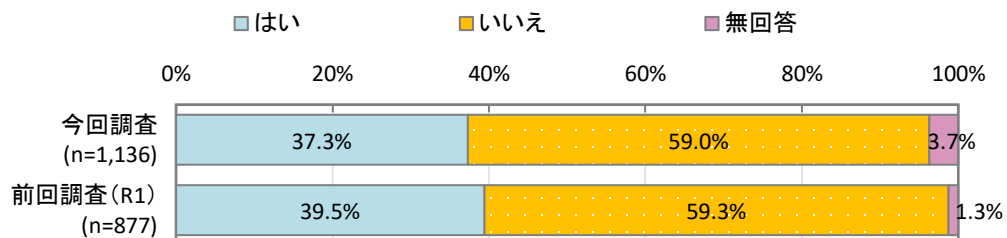
出典：見える化システム（各年10月末現在）

### ●自身または家族に認知症の症状があるか



出典：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

### ●認知症相談窓口の認知度



出典：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

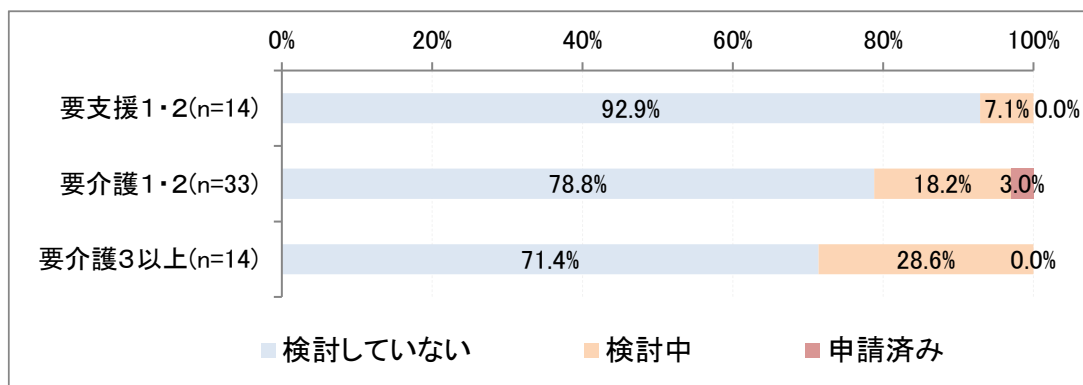
### ●高齢者の世帯の状況

		玉東町	全国	熊本県
高齢者独居世帯の割合 (%)	R 2年	15.1	12.1	12.9
	H27年	13.4	11.1	11.9
高齢者夫婦のみ世帯の割合 (%)	R 2年	14.3	10.5	11.6
	H27年	12.9	9.8	10.5

出典：国勢調査



## ●施設等の検討状況



出典：在宅介護実態調査

## <課題及び施策の方向性>

今後も後期高齢者の人口増加に伴い、認知症の人も増加していくことが見込まれます。令和5（2023）年6月には、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立し、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の実現を推進するとされています。

あわせて認知症の発症を遅らせることや認知症になっても進行を緩やかにするための予防の取組も推進していく必要があります。

また、認知症だけではなく医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ慢性疾患の高齢者の増加が見込まれます。可能な限り、住み慣れた地域で安心して生活を続けられるようにするためには、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、認知症への対応、感染症発生時や災害対応等の様々な局面において、地域における在宅医療・介護の関係者の連携を推進するための体制づくりが重要です。

災害や感染症発生時等の不測の事態にも対応できる体制整備も含め、介護サービス事業所における業務継続計画を作成し、地域全体での業務継続計画に取り組んでいきます。

また、避難行動に支援を必要とする高齢者に対して個別の避難行動計画を策定することが必要になっています。避難行動要支援者登録から体制づくりまで、町の防災担当課などの関係機関と話し合いを行いながら取り組みます。

地域共生社会の実現の観点から、単身の高齢者や認知症の高齢者等の住まい（住宅や居住）と医療・介護・生活支援などのサービスをどのようにつなぎ合わせ地域づくりを行っていくかが今後大きな課題となってくるため、住宅施策やまちづくり施策の関係各課と課題を共有していく必要があります。

- ① 認知症に関する理解の促進や認知症の相談窓口の周知を図るとともに、認知症の人やその家族みずからが思いや情報を発信していくための支援を行います。
- ② 運動不足の解消、糖尿病や高血圧等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が認知症の発症を遅らせることができると示唆されていることから、予防を含めた認知症への「備え」を取り組んでいきます。
- ③ 認知症の人の状態は周囲の人の関わり方やケアに大きく左右されることから、地域及び介護サービス事業所における認知症の人に対する介護や関わり方の質をあげていく必要があります。
- ④ 認知症の人の症状進行に応じた支援体制の強化のため、認知症地域支援推進員が中心となり、「認知症サポーター養成」「チームオレンジの構築」などの認知症の人が社会参加につながるような体制構築が必要です。また若年性認知症の人の相談支援についても体制づくりをあわせて行います。
- ⑤ 養護者による高齢者虐待については背景に認知症があることも含め、介護サービスの適切な利用と家族への精神的サポートを図る必要があります。また、養護者に該当しないものによる虐待やセルフネグレクト等の権利侵害の防止にも取り組みます。
- ⑥ 要介護施設従事者等による虐待については、県と町が協働しながら取り組みます。また、虐待が起こる背景等について事実確認を行い、要因に対しての対策を検討し介護サービス事業所と一体となって虐待の防止に努めます。
- ⑦ 本人を中心にした支援・活動における基盤整備となる考え方として「権利擁護支援」を位置付け、尊厳ある本人らしい生活を継続し地域社会に参加できるようにするため、地域や福祉、行政などに司法を含めた関係機関が連携体制づくりに取り組みます。
- ⑧ 高齢者が「日常の療養支援」「入退院支援」「緊急時対応」「看取り」などの場面において状況に応じた医療と介護ニーズに対応するために、在宅医療介護連携による関係機関の顔の見える関係づくりから一歩踏み出し、課題や目標を共有しながら実態把握・実践・評価を行い切れ目ない支援体制構築を図っていきます。目指す姿として「日常の療養支援」においては、疾病や心身機能が低下しないようにかかりつけ医や保健師等に相談しながら生活を見直し実践している姿、「入退院支援」については、高齢者自身が生活したいと思う場所に安心してもどることができる姿、「緊急時対応」については、認知症の人や一人暮らし高齢者が安心して入院できる姿、「看取り」については、人生の最期の選択を家族や医療・介護の関係者と話し合うことができている姿とします。この4つの場面におけるスムーズな医療・介護の連携を図るために、高齢者本人を含めた情報連携（メディカルネットワーク等）の活用を推進します。
- ⑨ 災害時や感染症等において医療設備の被害や従事者が被災・感染した場合等においても在宅療養者の医療と介護ケアをどのように継続させていくかという観点で、介護サービス事業所における業務継続計画（BCP）を作成し、同業種間での連携型BCP及び地域全体の医療・ケア提供のための地域BCPを有明圏域の市町及び郡市医師会・保健所・介護サービス事業所等の関係機関と検討を行います。目指す姿として、在宅療養者が災害時等の医療・介護ケアの継続について家族や関係機関と検討しケアプラン等に具体的な避難や療養方法が記載されていることで安心につながっている姿とします。

## 基本目標3 介護や支援が必要な人に適切なサービスを提供できるまちづくり

### 【主要施策】

- ①地域包括支援センターの機能強化と保険者機能の強化
- ②地域支援事業の推進
- ③介護保険サービスの基盤整備

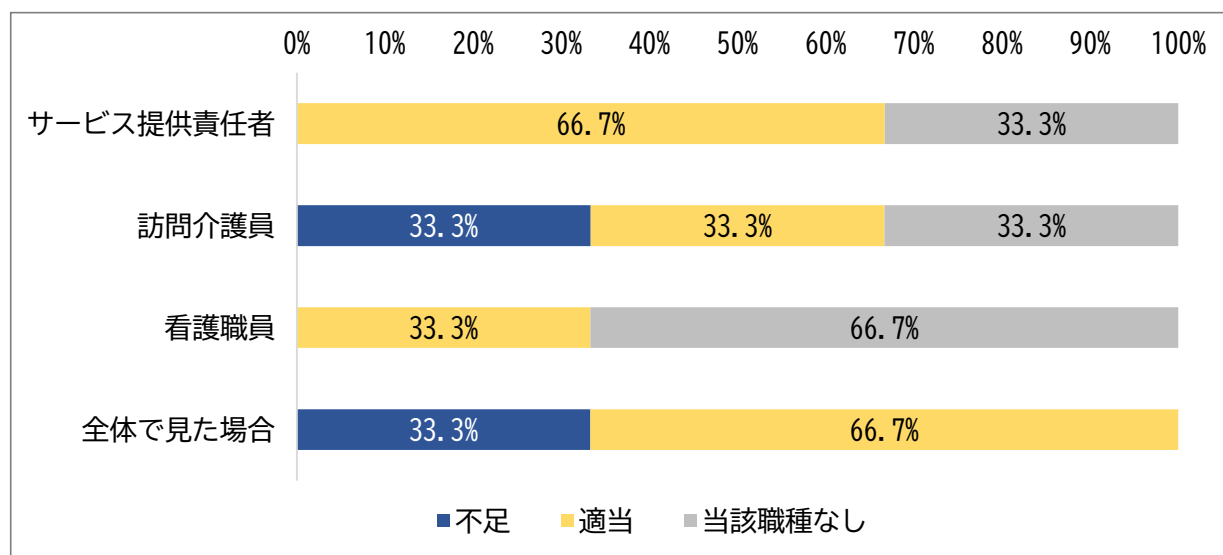
### <第8期における目指す姿>

- 地域包括支援センターの機能強化を図るため、医療と介護をはじめとした多職種が連携した地域ケア会議の定期的な開催を実施している姿。
- 地域支援事業の効率的・効果的な推進のため、介護予防の推進と自立支援に向けた環境整備の観点から目標設定を行い、P D C Aサイクルの推進に取り組んでいる姿。
- ケアプランの点検等の介護給付適正化業務についての実施体制の見直しを行い、目標値設定及び達成の評価を行うことで、介護サービスの質の確保・向上に取り組んでいる姿。
- 利用者負担軽減を含めた介護サービスに関する情報提供を充実するとともに、多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みを推進している姿。

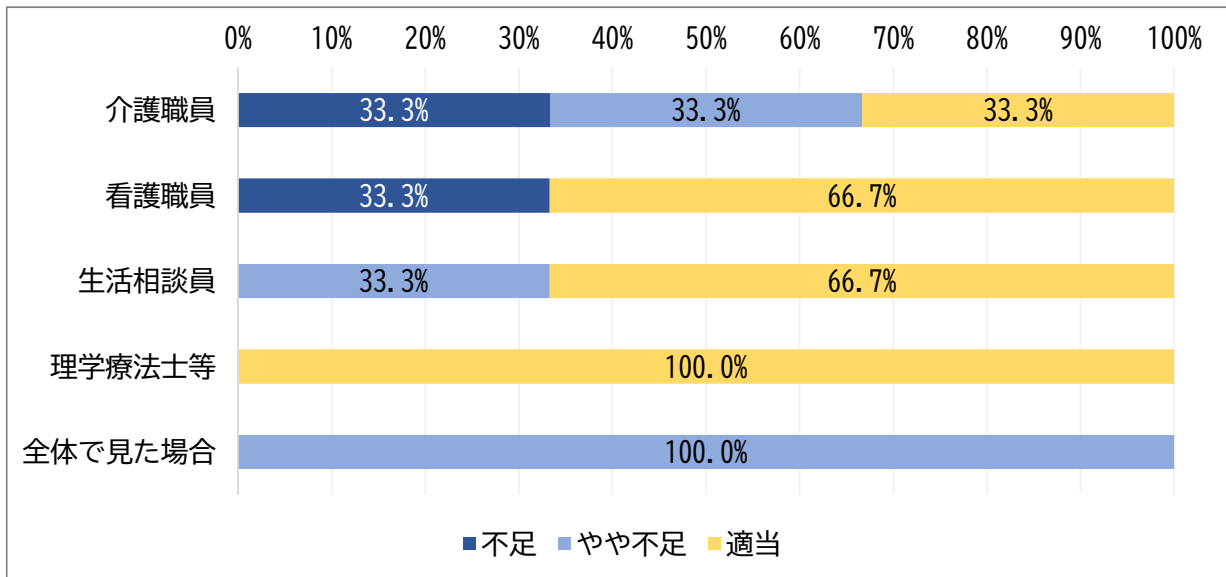
### <現状の評価・分析>

- 事業所における人材の過不足

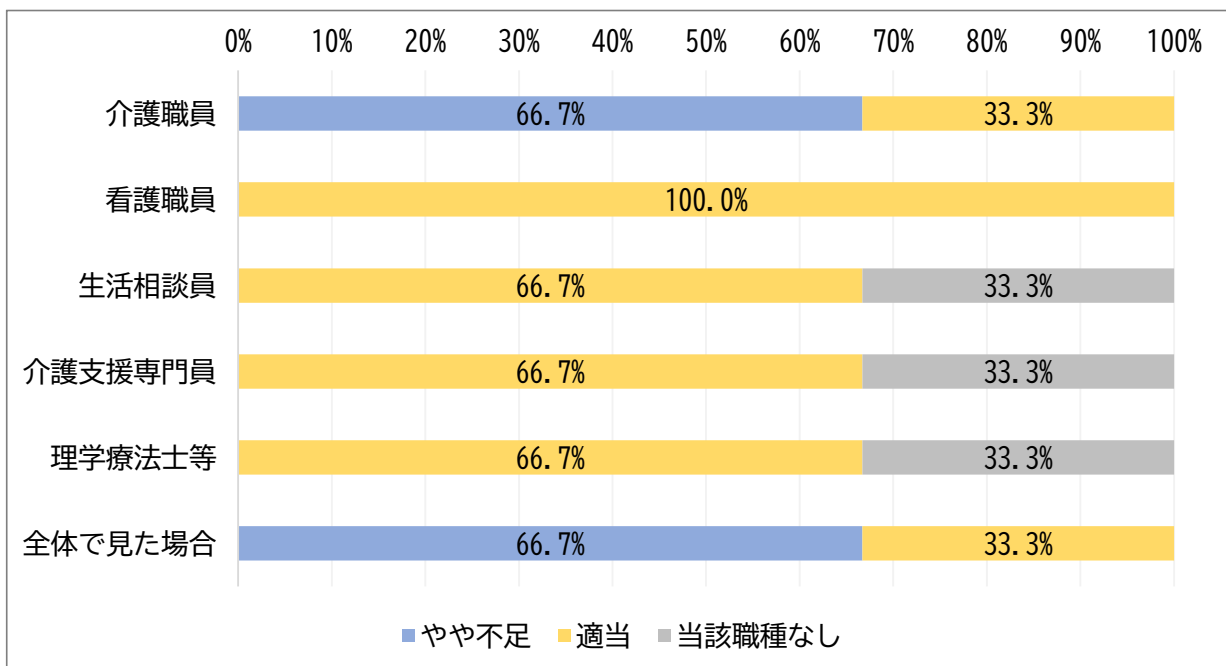
【訪問系サービス事業所の状況（3事業所）】



【通所系サービス事業所の状況（3事業所）】

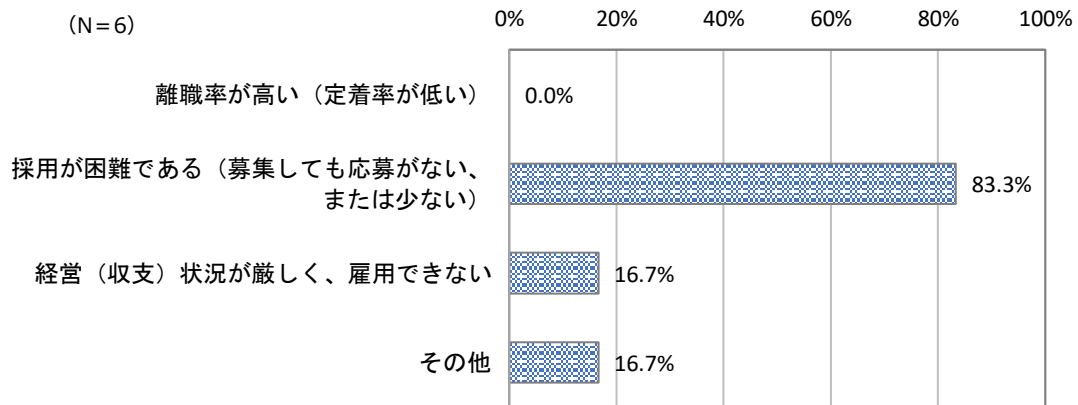


【施設・居住系サービス事業所の状況（3事業所）】



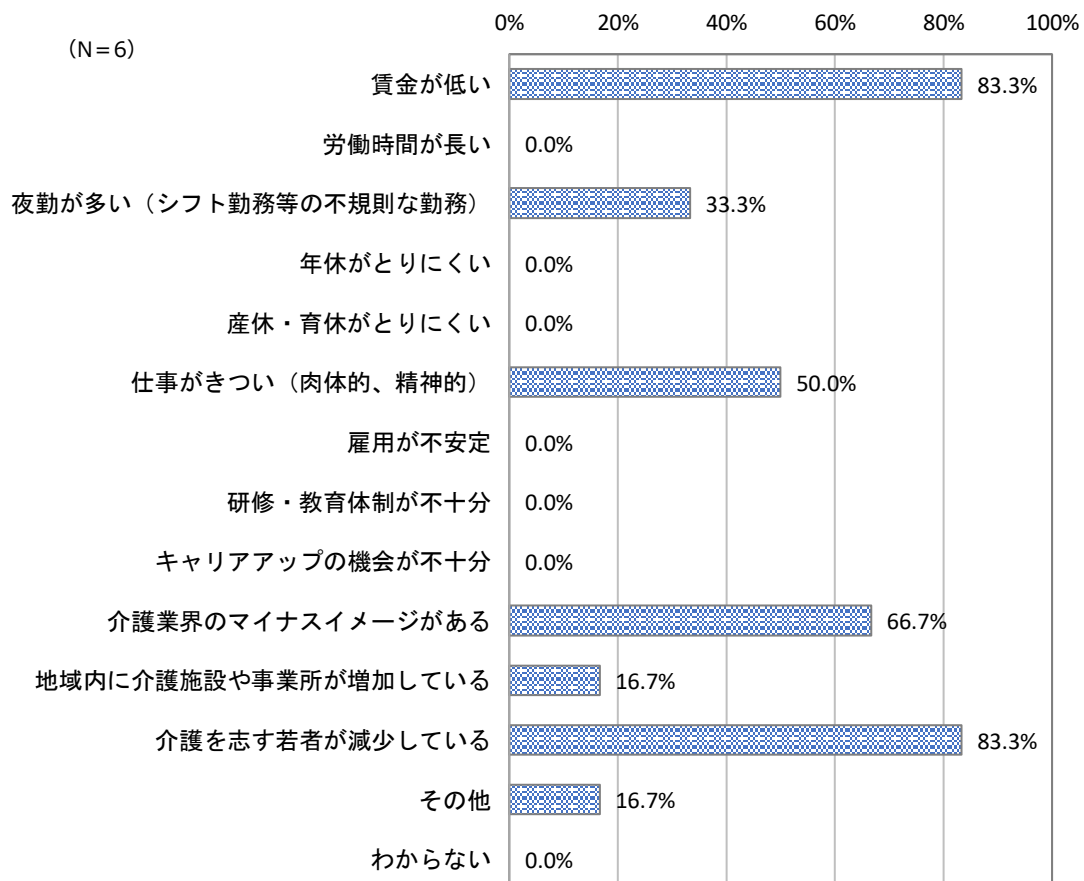
出典：介護サービス事業所実態調査

●人材が不足している理由



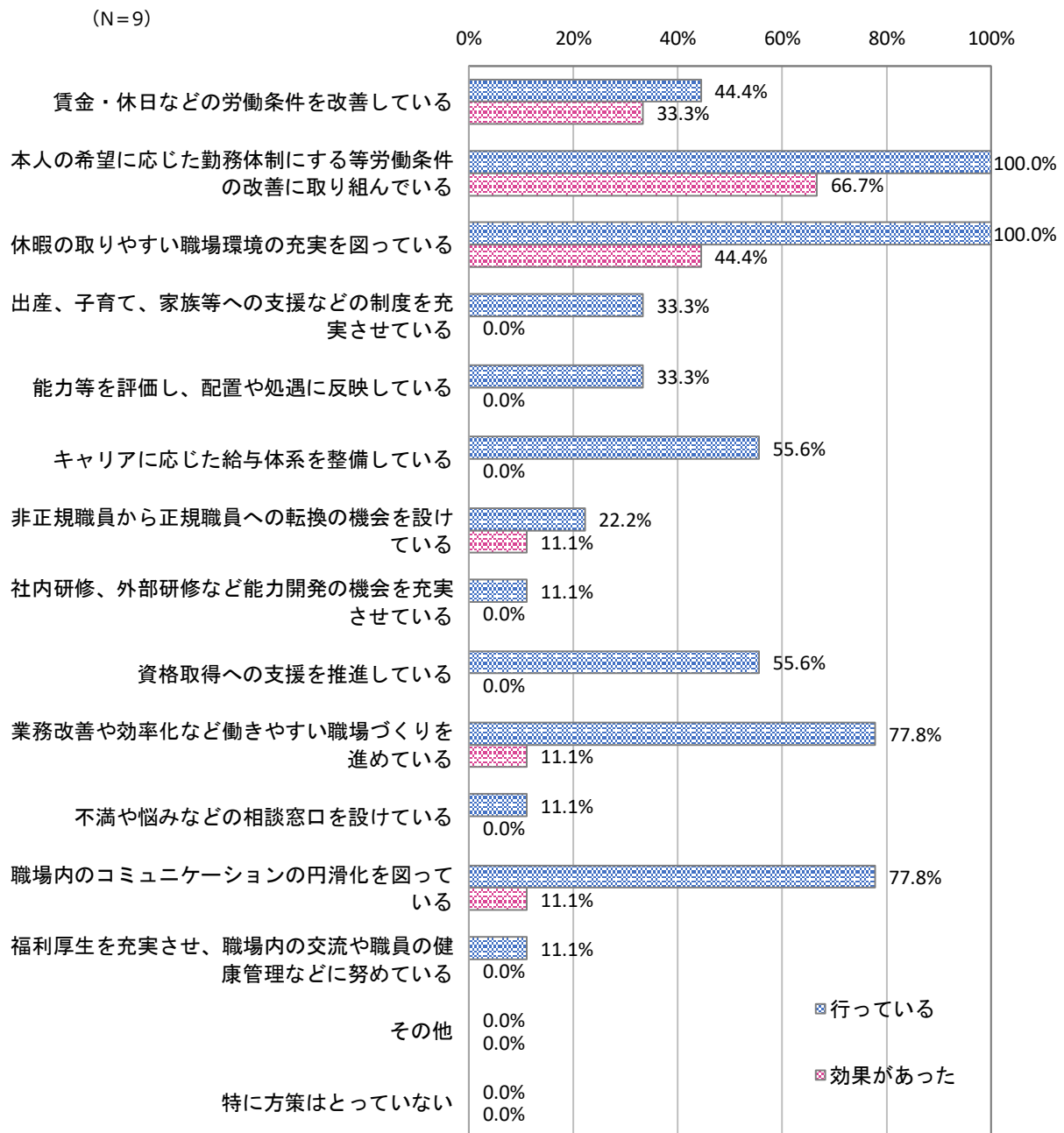
出典：介護サービス事業所実態調査

●採用が困難である理由（介護サービス事業所調査）



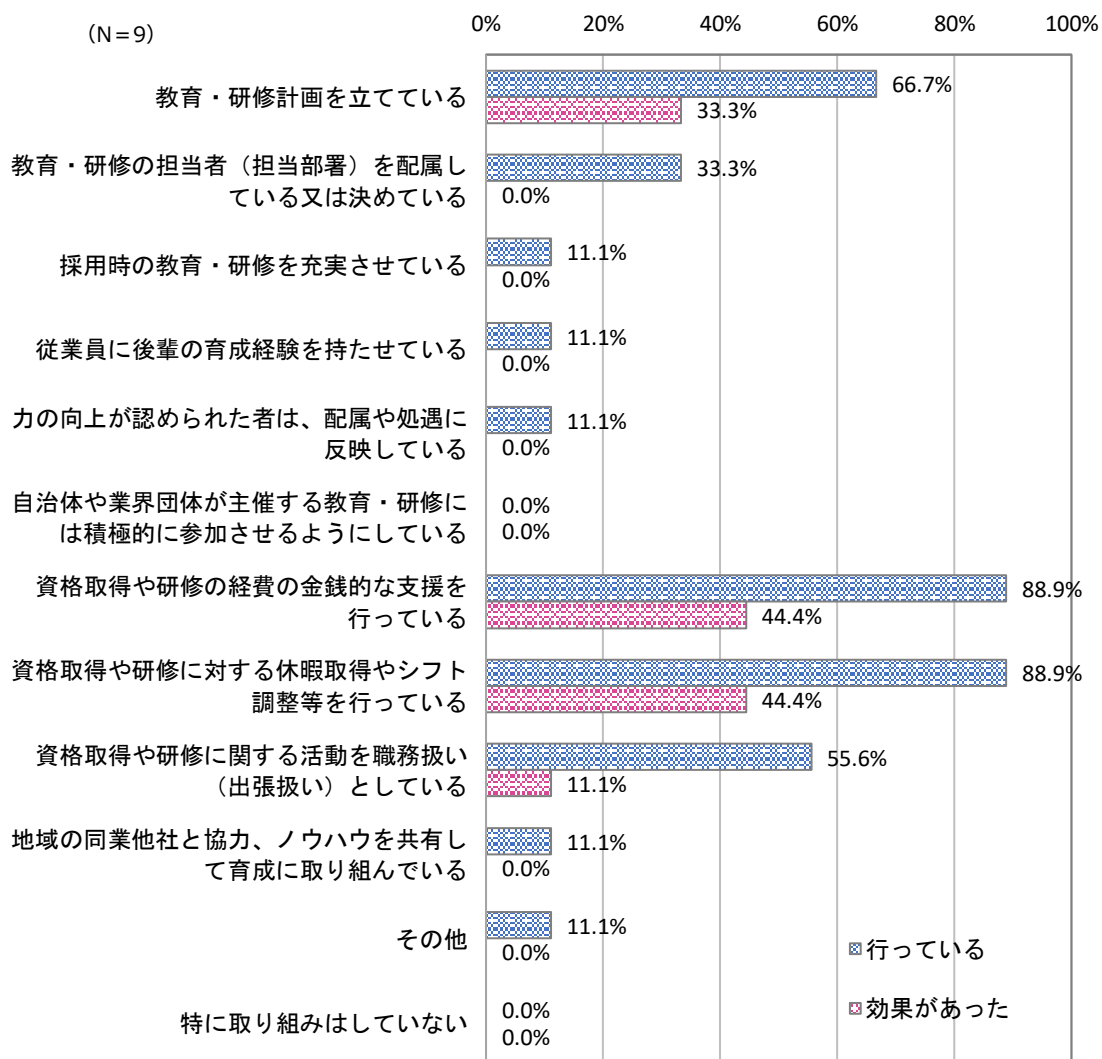
出典：介護サービス事業所実態調査

●従業員の定着促進のためにとっている方策（実施・効果あり）



出典：介護サービス事業所実態調査

●人材の育成のためにやっている取り組み（実施・効果あり）



出典：介護サービス事業所実態調査

### <課題及び施策の方向性>

地域包括支援センターは、高齢者をはじめ認知症やヤングケアラーなどの家族介護者支援に係る総合相談や権利擁護、介護予防ケアマネジメントに関する業務と介護予防・日常生活支援総合事業、生活支援体制整備事業、医療と介護の連携、認知症総合支援事業等の地域生活の基盤整備を担う地域支援事業を担う地域包括ケアシステム構築の中核的機関であり、その充実・強化が必要です。

また、介護サービスを担う介護サービス事業所の状況としては、「事業所における人材の過不足」について、9事業所のうち6事業所が「不足」、「やや不足」と回答しており、その理由として介護職の「賃金が低い」、「介護を志す若者が減少している」があげられています。また、中長期視点でみると生産年齢の人口減少により医療・介護人材の不足が懸念されます。今後は、介護サービス事業所等と情報共有を図りながら継続した介護サービス提供体制が整備できるよう国や県と連携した介護人材確保の対策の推進が必要です。

- ① 人材確保や研修等を通じ地域包括支援センターの機能強化を図ります。地域のつながりを強化する観点から、町内の居宅介護支援事業所や介護サービス事業所等と連携を図りながら総合相談支援・介護家族支援・ケアマネジメント支援などにおいて協働できる体制を検討し地域における相談支援の機能強化を図ります。また、障がい分野や子育て・児童福祉分野・生活困窮対策分野との連携促進を図り属性や世代を問わない包括的な相談支援体制（重層的支援体制）の構築を図ります。
- ② 生活基盤整備の構築にあたっては、ボランティア・NPO・障がいサービス事業所・地域住民等の様々な主体による多様なサービスが充実できるように連携を図っていきます。また、元気高齢者が介護サービス事業所での有償ボランティア活動を経て就労を希望する場合なども考えられることから就労への支援体制についても検討を行います。
- ③ 介護人材確保や新しい制度の流れに対応できるように、町内における介護サービス事業所間の連携を強化し、情報共有や共通の課題に対して保険者も含め地域包括ケアシステムを支える介護サービスの提供体制について検討する機会をもちます。



## 第4章 基本理念と計画策定の考え方

### 1 計画の目指す姿

#### (1) 基本理念

本計画は、「第6次玉東町総合計画」の健康・福祉分野のまちづくりの目標である「すべての人が生き生きと人生を謳歌できるまちづくり」の実現に向けた、高齢者保健福祉の個別計画・実施計画としての位置づけを持つものです。

「第6次玉東町総合計画」に掲げる理念・目標の実現のため、本町では、子どもから高齢者までの健康づくりを進め、誰もが、いつまでも元気で活躍できる“健康”長寿のまちづくりを目指し、各種施策を総合的に推進しています。

本計画は、高齢者とその家族の視点に立ち、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる「地域包括ケアシステムの深化・推進」を目指し、目標を住民や関係者と共有することにより、総合的かつ計画的に推進することを目的に、「第6次玉東町総合計画」の理念を踏襲した以下の基本理念を設定し、その実現に向けた施策の展開を図ります。

また、団塊の世代が75歳に到達する令和7（2025）年を計画期間中に迎えるなか、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22（2040）年を見据えた中長期的な計画として、その実現に向けた施策の継続的な展開と拡充を図ります。

第6次玉東町総合計画 まちづくり目標（健康・福祉）

**すべての人が生き生きと人生を謳歌できるまちづくり**

第9期玉東町高齢者福祉計画・介護保険事業計画 基本理念

**一人ひとりが“健康”長寿のよろこびを  
実感し、活躍できるまちづくり**

※健康の定義：「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態（well-being：幸福）にあること」（日本WHO協会訳）。幸せな生き方をしていると健康と長寿に恵まれ生産性や創造性も高まるというエビデンスも蓄積されています。

基本理念

一人ひとりが“健康”長寿のよろこびを実感し、活躍できるまちづくり

基本目標

基本目標1

健やかで生きがいのある暮らしを実現できるまちづくり

基本目標2

安心して在宅生活を送ることができるまちづくり

基本目標3

介護や支援が必要な人に適切なサービスを提供できるまちづくり

主要施策

①地域における介護予防・健康づくりの推進

②生きがいづくりの支援と社会参加の促進

①認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって暮らせるまちづくり

②安全・安心な暮らしを支えるまちづくり

③高齢者の虐待防止・権利擁護の推進

④医療と介護をはじめとした地域の多職種連携体制の構築

⑤地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進

①地域包括支援センターの機能強化と保険者機能の強化

②地域支援事業の推進

③介護保険サービスの基盤整備

## 事業内容

「主要施策」の中から、重点的取組に設定した項目に（★）を付しています。

1. 介護予防・日常生活支援総合事業の充実	2. 生活支援体制整備事業の推進(★)
3. 保健事業と介護予防の一体的実施(★)	
1. 介護予防・生活支援ボランティアの育成(★)	2. 有償ボランティア事業の展開(★)
3. 生涯学習・スポーツの推進	4. 地域における支え合いの推進(★)
5. 高齢者の活躍の場の創出(★)	6. オレンジクラブ・シルバーヘルパー活動の支援
7. 就労による生きがいづくりへの支援	
1. 認知症予防教室の展開と認知症の早期発見・早期対応(★)	
2. 認知症初期集中支援チームの活動の活性化	3. 認知症サポーターの養成及び活動の活性化
4. 認知症相談窓口の認知度向上に向けた取組の推進(★)	
5. 認知症カフェの拡充とチームオレンジの設置に向けた取り組みの推進	
6. 行方不明認知症高齢者等の早期発見のためのSOSネットワークづくり	
7. 認知症初期集中支援チームの活動から抽出された地域課題の地域ケア会議での検討	
8. 認知症に係る医療・介護の連携強化	
9. 成年後見制度の利用促進に向けた取組の推進	
10. 認知症の人の家族に対する支援の推進	
1. 安心して暮らせる住まいの確保	2. 高齢者の移動手手段の確保
3. 高齢者福祉の推進	4. 消費者保護の推進
5. 防災・防犯体制の充実、災害時避難対策の強化(★)	
6. 感染症対策の強化	7. 高齢者の見守り支援体制の構築(★)
1. 高齢者の虐待防止に関する啓発の充実	2. 虐待防止機能の強化
3. 虐待への対応	4. 高齢者の権利擁護の推進
1. 在宅医療・介護連携推進事業の推進	2. 多職種連携体制の構築
3. 在宅医療・在宅介護の普及・啓発	
4. 「くまもとメディカルネットワーク」を活用した医療・介護の連携推進	
1. 重層的支援体制整備について(★)	
1. 地域包括支援センターの機能強化(★)	2. 地域ケア会議の充実
3. 地域マネジメントの実施	4. 介護給付の適正化に向けた取り組みの推進
1. 地域資源の整理や課題抽出・対応策の検討	2. 包括的支援事業の推進
3. 地域ケア会議を中核とした地域支援事業の連動性向上	
1. 介護保険サービスの安定的な提供(★)	
2. 多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みの推進(★)	
3. 介護サービスの質の確保・向上に向けた取り組みの推進	
4. 介護給付費等対象サービスの見込みと確保策	5. 第9期介護保険料の算定

オンラインワンの玉東町地域包括ケアシステムの深化・推進

本計画期間中に、団塊の世代が75歳以上になる令和7年(2025年)を迎えます。その後、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、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう、地域包括ケアシステムの更なる深化・推進を目指します。

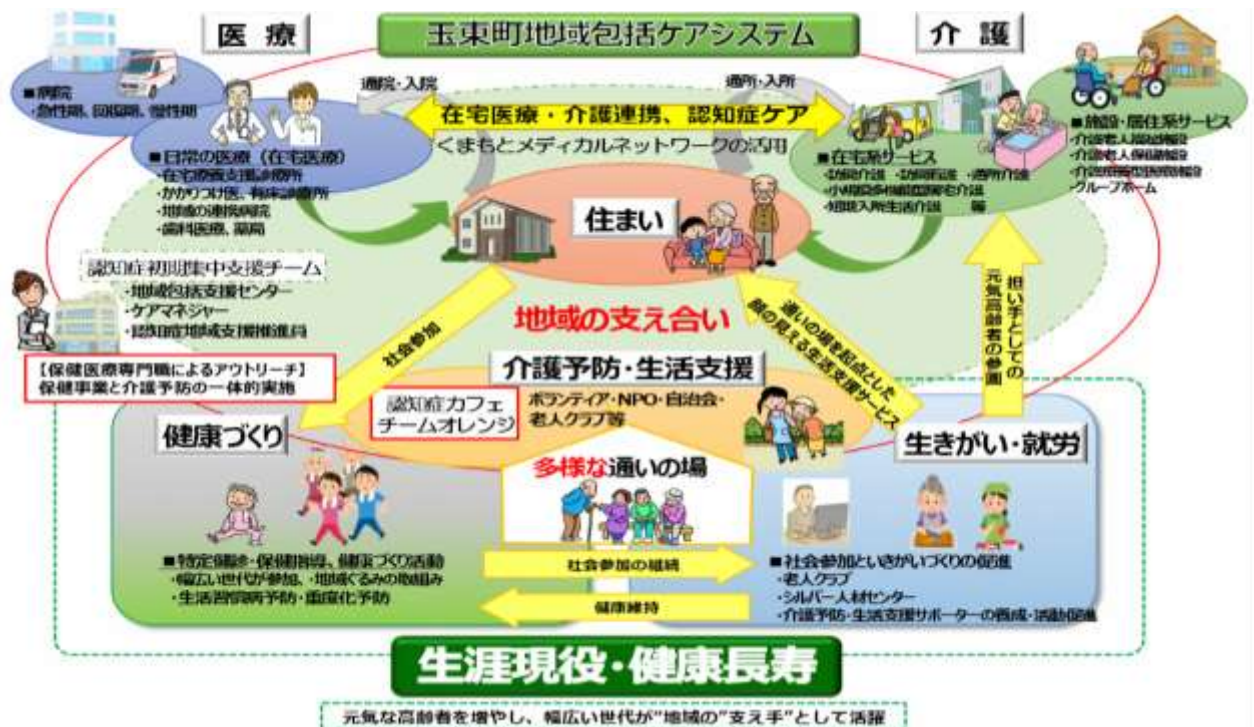
本町においては、令和22年(2040年)に向かって、75歳以上、85歳以上の高齢者人口が増加していく中、高齢者の単独世帯や夫婦のみの世帯の増加のほか、認知症や認知機能の低下した高齢者の増加が見込まれます。地域で暮らす高齢者の意思決定支援や権利擁護の重要性が高まると同時に、多様な生活支援や医療・介護ニーズへの対応が求められます。

このような高齢者の地域での生活を支える地域包括ケアシステムは、地域共生社会(高齢者介護・障がい福祉・児童福祉・生活困窮支援などの制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超越して、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことができる包摂的な社会をいう。)の実現に向けた中核的な基盤となり得るものであるとともに、すべての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合う地域づくりを一人ひとりが目指していきます。

本計画において、玉東町地域包括ケアシステムが目指す「一人ひとりが“健康”長寿のよろこびを実感し、活躍できるまちづくり」の実現のため、生きがい・就労の促進や健康づくりを通じて元気な高齢者を増やし、幅広い世代が地域の支え手として活躍できるように、多様な通いの場や様々な活動の拠点を活かしながら顔の見える地域の支え合いを推進していきます。

なお、本町独自の地域包括ケアシステムの構築にあたっては、「自助・互助・共助・公助」の考え方のもと、高齢者自身を含めた地域住民と、ボランティアや事業者、地域の専門職、各種関係機関と行政の協働により、地域社会全体で形成していくものとします。

**【玉東町地域包括ケアシステムが目指す姿】**  
一人ひとりが“健康”長寿のよろこびを実感し、活躍できるまちづくり



## 2 評価及びPDCAの推進について

介護保険法第 118 条等により、市町村は「被保険者の自立支援、介護予防又は重症化防止」及び「介護給付の適正化」の取組に関して、本計画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、前頁に記載する「主要施策」の中から、重点的取組に設定した項目に（★）を付し、P48 からの取組において具体的な目標値を記載しています。また、計画全体の目標値として以下の項目について記載しています。

これらの項目については、介護保険法に基づく実績評価を毎年度行いPDCAサイクルによる取組の推進を図ります。

### (1) 自立支援・介護予防・重症化防止等に向けた重点的な取り組み

目標：高齢者が社会とつながり役割をもつことで要介護状態となることの予防または要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止ができる。

目標項目	収集データ	基準値	目標値		
			R6	R7	R8
幸福度	介護予防・日常生活圏域二 ーズ調査	7.01 ポイント (R4)	-	7.5 ポイント	-
健康寿命	KDB システム 「健康スコア リング（介 護）」	男性 81.3年 女性 87.0年 (R4)	男性 81.5年 女性 87.2年	男性 81.6年 女性 87.3年	男性 81.7年 女性 87.4年
社会参加率	介護予防・日 常生活圏域二 ーズ調査	49.5% (562人)	-	59.5%	-
サロン参加率	活動実績集計 該当年度の9 月30日現在の 高齢者人口に 対する参加者 の割合	16.3%	17.0%	17.5%	18.0%
介護支援ボラ ンティア活動 者数	活動実績集計	32人 (R5)	36人	40人	44人
介護認定率 85歳以上	見える化シス テム	48.3% (R4)	48.0%	48.0%	48.0%

目標項目	収集データ	基準値	目標値		
			R6	R7	R8
介護認定率 (調整済) 65歳以上	見える化システム	15.7% (R4)	15.5%	15.5%	15.5%
新規要支援・ 要介護認定者 の平均年齢	見える化システム	82.9歳 (R4)	83.0歳	83.2歳	83.4歳
介護悪化度 (前年比)	KDBシステム 「健康スコア リング(介護)」	96.1% (R4)	95%	95%	95%
介護改善度 (前年比)	KDBシステム 「健康スコア リング(介護)」	79.8% (R4)	80%	81%	82%

## 第5章 施策の展開

### 基本目標 1 健やかで生きがいのある暮らしを実現できるまちづくり

#### 主要施策① 地域における介護予防・健康づくりの推進

##### 1. 介護予防・日常生活支援総合事業の充実

##### (1) 介護予防・生活支援サービス事業

###### ■訪問型サービス

介護予防・生活支援サービス事業の訪問型サービスとして、本町では従前の訪問介護相当サービスと、訪問型サービスA、Cを実施しています。

訪問型サービスAは事業所指定とシルバー人材センターへの委託とで実施しており、シルバー人材センターの従事者不足や支援内容が限られているためサービスの受け入れができず、事業所指定サービスを使わざるを得ないケースも見られています。

訪問型サービスCについては、退院後の早期のリハ支援を行うことで早期の在宅生活の安定を目指しています。

今後はシルバー人材センターの登録者を増やす取り組みや、指定事業所も含めて、資格のない人を雇用して対応できる体制をつくる対策が必要となっています。生活支援については、介護支援ボランティア等の新たな担い手を育成し、継続実施していけるよう検討していきます。

訪問型サービス	実績値			計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
従前訪問介護相当サービス (実人数)	9	12	8	10	10	10
訪問型サービスA (延べ人数)	93	54	48	50	50	50
訪問型サービスC (実人数)	15	7	10	15	20	25

従前訪問介護相当サービス（事業者指定）	
サービス内容	身体介助が必要な人や認知症で多様なサービスの利用が難しい人（主治医意見書等にて認知症の診断がある人）を対象に、旧介護予防訪問介護サービスと同等のサービスを提供するものです。状況等を踏まえながら、緩和した基準によるサービスの利用を促進していきます。
対象者	要支援認定者及び事業対象者
サービス提供者	指定訪問介護事業所の従事者
ケアマネジメント	ケアマネジメントA

訪問型サービスA（事業者指定）	
サービス内容	従前相当サービス対象者以外で、介護保険事業所によるサービスが必要な人を対象に、訪問介護サービスに定められている生活援助を行うサービスです。本人ができることはしてもらい、利用者の自立支援を基本とします。
対象者	要支援認定者及び事業対象者
サービス提供者	指定訪問介護事業所の従事者
ケアマネジメント	ケアマネジメントA

訪問型サービスA（委託）	
サービス内容	従前相当サービス対象者以外で、介護保険事業所によるサービスが必要な人を対象に、訪問介護サービスに定められている生活援助を行うサービスです。本人ができることはしてもらい、利用者の自立支援を基本とします。
対象者	要支援認定者及び事業対象者
サービス提供者	指定訪問介護事業所の従事者
ケアマネジメント	ケアマネジメントB

訪問型サービスC（委託）	
サービス内容	自宅に訪問し、生活機能向上のリハビリテーションを実施するものです。また、自宅という生活の場にあわせた動作指導や住宅改修や福祉用具使用に関する助言を行うものです。
対象者	要支援認定者及び事業対象者
サービス提供者	委託先のリハビリテーション専門職
ケアマネジメント	ケアマネジメントB



## ■通所型サービス

介護予防・生活支援サービス事業の通所型サービスとして、本町では従前の通所介護相当のサービスを事業所指定で、通所型サービスA「シャキット」を社会福祉協議会への委託で、また地区サロンの中でも担い手や参加者、回数頻度等の実施体制が整っている活動を通所型サービスBとして位置付けてそれぞれ実施しています。

通所型サービスA「シャキット」は、介護支援ボランティアの活躍の場としても位置付けられており、養成を受けたボランティアが介護予防の視点に立った支援にあたっています。

通所型サービス	実績値			計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
従前通所介護相当サービス利用者数（実人数）	18	18	18	20	20	20
通所型サービスA利用者数（実人数）	183	181	159	160	160	180
通所型サービスB実施箇所数（箇所）	2	2	2	5	10	10

従前通所介護相当（事業所指定）	
サービス内容	身体介助が必要な人や認知症で多様なサービスの利用が難しい人（主治医意見書等にて認知症の診断がある人）を対象に、旧通所介護サービスと同等のサービスを提供するものです。状況等を踏まえながら、緩和した基準によるサービスの利用を促進していきます。
対象者	要支援認定者及び事業対象者
サービス提供者	指定通所介護事業所の従事者
ケアマネジメント	ケアマネジメントA

通所型サービスA（委託）	
サービス内容	○身体・認知機能の維持・改善 ○社会参加等の活動の広がりや生活の自立支援を目指す（必須）介護予防運動 ○（選択）レクリエーション、趣味活動等
対象者	要支援認定者及び事業対象者
サービス提供者	委託事業所の運動従事職員（専従1以上）、運動補助者（専従1以上）、看護職員（必要時）
ケアマネジメント	ケアマネジメントB

## ■その他の生活支援サービス

介護予防・生活支援サービス事業のその他の生活支援サービスとは、訪問型サービスや通所型サービスと一体的に行われる場合に効果があると認められるものとし、具体的には、

- ①栄養改善を目的とした配食
- ②住民ボランティア等が行う見守り
- ③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援（訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供）

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

本町においては、③の訪問型サービスと通所型サービスの一体的提供として、買い物支援を通所型サービスAと一体的に実施しており、サービス利用時に低栄養を予防するための食材の購入や調理方法のアドバイス、調理トレーニング等を一緒に行うことで、在宅でも調理することができるように支援を行っています。

今後も、高齢者の自立支援に必要な買い物・調理・移動支援・見守り活動等の多様な実施主体による重層的なサポートができる体制づくりを行います。

また、本町では、令和2年度より宅配サービス事業を開始しており、事業の対象条件に該当する高齢者等へ食事の配達を行っています。独居や栄養改善が必要な高齢者等の在宅生活の継続を支援するとともに、対象者の安否を確認し、異常等があった場合は関係機関への連絡を行う見守り事業としても事業の周知を図っていきます。

令和4年度から高齢者を対象とした個別のゴミ出し事業を行っています。ゴミステーションまでのゴミ出しができない高齢者を対象に週1回、戸別で回収を行っています。

訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供	実績値			計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用者数（延べ人数）	1,443	1,668	1,320	1,500	1,500	1,500

## ■介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントとは、要支援者及び事業対象者に対し、介護予防・生活支援サービス事業、一般介護予防事業その他の適切な事業が包括的かつ効率的に提供されることで高齢者の生活の自立をめざしていく事業となります。

引き続き、地域包括支援センターを中心として実施していきます。

介護予防ケアマネジメント	実績値			計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
ケアマネジメント数（延べ件数）	65	52	84	90	90	90

## (2) 一般介護予防事業

地域の中の住民主体の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりをめざし、介護予防教室の開催や健康相談の実施、介護予防に関する活動の普及・啓発、介護予防を支援する人材の育成・支援等を行う事業となります。65歳以上のすべての高齢者と、その支援のための活動にかかわる人が対象となります。

地域包括ケアシステムの構築に向けて、高齢者の生活支援や介護予防に住民が主体的に参加するだけでなく、高齢者自らが担い手となることができるよう、本事業を活用していきます。

本町では、一般介護予防事業の5つの分類に沿って各事業を展開しています。

### ①介護予防把握事業

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

本町では、介護予防把握事業として以下の取り組みを行っています。

#### ■一人暮らし・高齢者世帯実態調査

一人暮らしや高齢者世帯が住み慣れた地域で安心して生活を継続させていくことができるよう民生委員協議会等と連携を図りながら実態把握できる体制づくりを検討します。

一人暮らし・高齢者世帯 実態調査	実績値			計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
調査件数(実件数)	53	0	0	30	30	30

#### ■虚弱高齢者訪問指導

令和4年度に実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において把握した高リスク者、KDBより把握した生活習慣病重症化の高リスク者を対象として保健師・看護師・歯科衛生士・理学療法士・認知症地域支援推進員等が訪問することで早期に必要な支援を開始し心身機能が悪化防止を図ります。

虚弱高齢者訪問指導	実績値			計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
訪問件数(実件数)	82	66	50	80	80	80

## ②介護予防普及啓発事業・介護予防把握事業

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

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

本町では、介護予防普及啓発事業として以下の取り組みを行っています。

### ■認知症予防教室「脳いきいき教室」

令和4年度に実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において把握した閉じこもりのリスク者及び認知症予防リスク者等を対象に、認知機能の維持改善を図る教室（全22回）を実施します。参加者のうち、軽度認知症が疑われる場合などは、認知症初期集中支援チーム活動などにつなげ早期受診や早期支援につなげていきます。

脳いきいき教室	実績値			計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
参加者数（人）	24	31	29	40	40	40

### ③地域介護予防活動支援事業

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

本町では、地域介護予防活動支援事業として以下の取り組みを行っています。

#### ■地区サロン活動

平成 26 年度から開始した地区サロン活動が「100 歳になっても通い続けることができるサロン」として 25 ヶ所継続実施できるように、生活支援コーディネーターがサロン参加者と話し合いながら介護予防だけではなく居場所や生活支援につながる活動などの実施内容等を検討していきます。また、地区サロン代表者会議等を開催し地域の区長・民生委員と協力しながら実施体制を強化していきます。

また、地区サロン活動などの通いの場に理学療法士・管理栄養士・歯科衛生士・保健師などの専門職を派遣し、「心身機能」「参加」「活動」へバランスよくアプローチし生活機能全体を向上させ、活動的で生きがいを持てる生活環境調整や地域づくりを地域住民と一緒にしていきます。

地区サロン活動	実績値			計画値		
	R 3年度	R 4年度	R 5年度	R 6年度	R 7年度	R 8年度
開催箇所数（箇所）	25	25	25	25	25	25
参加者数（実人数）	293	289	300	300	300	300



## ■スポレク塾

高齢者自らが介護予防に関心を持ち、日常生活での行動変容を導くことを目的に、高齢期に衰えにくい日常生活を営むために必要な機能の減退と意欲低下防止、運動器や認知機能の維持向上を図るための教室を実施します。参加者が自発的に介護予防に取り組めるようになることで、地域の介護予防や活動につながっていくことが期待されます。

## ■丘サロン

令和2（2020）年10月より介護支援ボランティアを中心に、住民主体の拠点型介護予防教室を開始し、開催頻度の少ない地区サロン活動を補完したり、新たな参加者を増やしたり、通所型サービスから卒業する人の受け皿として機能しています。介護支援ボランティアにより内容の充実や認知症の人への寄り添いなど地域の介護予防の向上につながっています。

丘サロン	実績値			計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
参加者数（延べ人数）	430	805	550	600	650	650

## ■大人マナビ講座（旧シニアカレッジ講座）

前期高齢者を対象に、人生100年時代をより豊かに過ごしていくための講座を令和4年度より実施しています。前期高齢者が町の現状やこれから目指す地域の姿に関心を持ち、地域包括支援システムの一躍を担う人材として地域づくりへの参画を促すことができるための講座とします。参加者の中から介護支援ボランティアにつながる人材発掘の機能も果たしています。

大人マナビ講座	実績値			計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
参加者数（実人数）	—	19	20	30	40	40

## ■脳いきいき教室サポーター養成講座

本町には地域に根差した自主的な活動を行うボランティアが多数存在し、それぞれが独自の地域活動を推進しています。特に介護予防サポーターや脳いきいき教室サポーターについては、住民主体の通いの場や、認知症予防「脳いきいき教室」の地区サロン版を展開する重要な担い手として期待されることから、地域の支え合い（互助）の輪を広げるために、介護予防に関する知識の大切さ、認知症予防のスキルなどを学ぶための教室を実施しています。

ボランティア等 養成講座	実績値			計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
開催回数（回）	5	11	6	12	12	12
養成者数（実人数）	16	15	0	20	20	20

#### 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、その評価に基づき事業全体を改善するための事業です。

本町では、一般介護予防事業評価事業として以下の取り組みを行っています。

##### ■お達者健康相談会

自分自身の健康状態（特に身体・認知機能）を把握するため、国保・後期・介護の保健事業と協働により、令和3年度より実施しています。生活アンケートや体力測定、令和2年度に保健センターに導入したインボディ（体成分分析装置）測定等を実施します。また、測定結果については参加者一人ひとりの結果表に基づき、管理栄養士や理学療法士が個別に相談に応じ、生活習慣の改善を促す支援を行います。

また、参加者の心身の状況に応じた地域での介護予防等の活動へつなげていくための支援を行っています。さらに、このデータを蓄積しながら、介護予防事業の効果の評価を行います。

##### ■介護予防・生活支援システム検討会

介護予防・生活支援事業に関する玉東町版の効果的なシステムの構築を図るための、リハビリテーション専門職、生活支援コーディネーター及び総合事業実施担当者による検討会を年に3回開催します。

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

本町では、地域ケア会議への参加支援や、地区サロン等地域への派遣、通所型サービスAの支援等に関与し、助言・指導を行っています。

また、本町の在宅医療・介護連携の中心的な手段として、地域ケア会議の開催と地域リハビリテーション活動支援事業の展開は、在宅療養支援、人材育成や研修、連携に必要なツールの開発やルールづくり等の役割を担い、在宅介護を行っている家族の介護力の限界点を高め、可能な限り住み慣れた地域で安心して暮らしていける「地域包括ケアの構築」に向けた重要な取り組みです。

地域リハビリテーション 活動支援事業	実績値			計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
リハ派遣回数（回）	87	77	80	70	80	80

## 2. 生活支援体制整備事業の推進

生活支援体制整備事業は、高齢者の日常生活上の支援体制の充実・強化及び社会参加の推進を一体的に取り組むための事業です。在宅生活を支える福祉施策の推進には、生活支援体制整備事業の活用等により、市町村を中心とした支援体制の充実強化を図り、地域全体で多様な主体によるサービス提供を推進していくことが重要となります。

このためには、以下の6つのプロセスが必要とされています。

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

本町では、生活支援の基盤整備とネットワーク構築のための取り組みとして、地域住民、行政、関係団体、民間事業所等で組織する「玉東町支え合い地区づくり応援団」を、本町の協議体として設置しています。支え合い地区づくり応援団は、誰もが住み慣れた地域で、自分らしく安心・安全に暮らせる地域づくりに向けて、「官民協働」で高齢者の生活を支える互助・共助の新たな仕組みの構築を検討する組織であり、令和5年度には35団体が登録しています。

第7期計画開始時に地域支え合いの研修会にて意見を集約し、「外出・移動支援」「食（買い物）支援」「安否確認・見守り支援」を主な支援の柱として、地域ケア会議で出た課題をもとに協議体（支え合い地区づくり応援団）の中で協議を行い、町内のローソンによる移動販売の開始や循環バスのルート変更、高齢者の地域での見守り体制づくりなど、高齢者の生活支援につながる活動を行ってきました。しかし、移動販売については買い物の個別支援などきめ細やかに見守りも含めた対応をいただきましたが、高齢者のニーズと事業所の対応のマッチングが難しくなり中止となっています。また、循環バスの利用者は横ばいであり生活の中に活かしていくための手立てが必要となっています。

その手立てを検討するための支え合い地区づくり応援団の会議も、コロナ感染症により開催されない状況でしたので、再度応援団の組織化を図り、高齢者の生活ニーズやその支援策について検討し新たな生活支援サービスにつなげていきます。

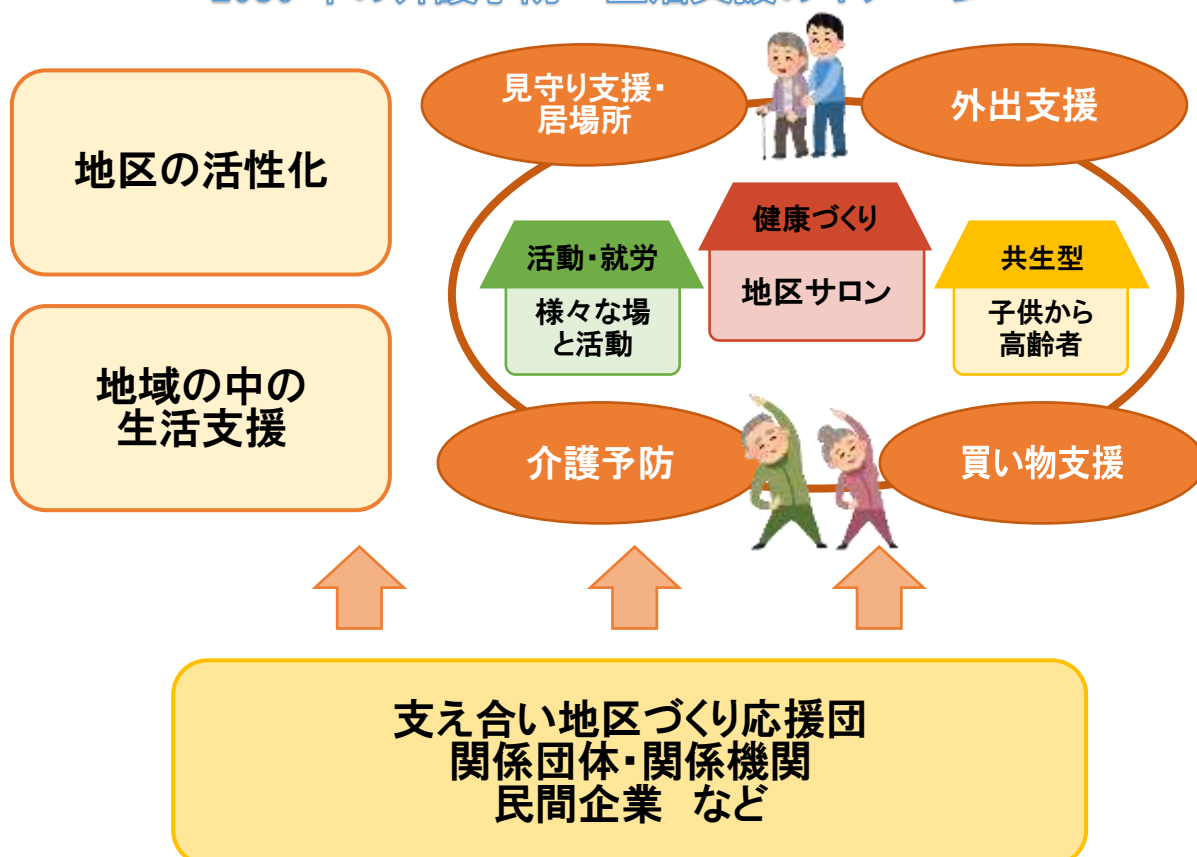
生活支援サービスの検討にあたっては、地域包括支援センター内に配置している生活支援コーディネーターが地域住民の声を聴き、生活課題をとりまとめ、協議体（支え合い地区づくり応援団）でインフォーマルサービスの活用・構築を含めて、新たな支援策や持続可能な提供体制について検討していきます。

さらに、生活支援コーディネーターが中心となり、町の生涯学習講座等の自主活動の把握を行い、多事業との連携を図る取り組みについても検討を進めていくとともに、就労的活動支援コーディネーターを配置し、高齢者の就労や生きがい活動の促進とその受け皿となる活動を発掘し、マッチングを図りながら地域高齢者の生きがいと生活支援体制の充実を図ります。



生活支援体制整備事業	実績値			計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
生活支援コーディネーター設置数（人）	1	1	1	1	1	1
就労的活動支援コーディネーター設置数（人）	1	1	1	1	1	1
高齢者の生活支援を取り組んでいる行政区数（地区）	2	4	4	4	5	5
協議体に参加する事業者数（事業所）	34	35	35	36	37	40
高齢者の生活支援（外出・食料確保支援）につながる活動をしている事業所数（事業所）	5	4	5	5	6	7
地区サロンにおいて介護予防につながる活動をしている団体数（団体）	0	13	10	10	12	13
協議体（支え合い地区づくり応援団）開催数（回）	0	0	1	1	2	2
共生地域づくりの取組をしている行政区数（地区）	-	-	-	1	1	2

～2030年の介護予防・生活支援のイメージ～



### 3. 保健事業と介護予防の一体的実施

令和元（2019）年の「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」の公布に伴う介護保険法等の改正により、高齢者の心身の多様な課題に対し、きめ細かな支援を行うため、介護予防を保健事業と一体的に実施することを求められています。

また、各高齢者の医療・健診・介護情報等を一元化して把握できるよう規定の整備等を行い、必要な分析を行ったうえで、75 歳以上高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一体的に実施することとされています。

具体的には、健康診査・保健指導の実施、データ分析に基づく保健指導の推進、発症予防と重症化予防の推進等を行うこと、また、健康状態不明者の把握を行い、医療・介護サービスの接続、通いの場を利用した相談事業、健康教育等の普及活動といった医療と健診、介護事業を一体的に取り組み、健康寿命の延伸を目指すことを目的としています。

本町では、これまでも健康増進部門や介護保険部門において、地域の健康課題や地域住民の声を取り入れながら、通いの場（地区サロン）において、医師・保健師・管理栄養士・歯科衛生士・理学療法士等の専門職が、生活習慣病予防やフレイル予防への啓発を行ってきました。

また、生活習慣病のハイリスク者には、看護師・管理栄養士・歯科衛生士などが個別支援を行い個人の目標設定に応じた心身の健康管理や生活習慣を見直すための支援を行っています。

引き続き、後期高齢者の生活習慣病重症化予防を図りつつ、住民主体の通いの場を含めた多様な通いの場や一般介護予防事業との接続によりフレイル対策等の課題に取り組んでいます。

## 主要施策② 生きがいづくりの支援と社会参加の促進

### 1. 介護予防・生活支援ボランティアの育成

高齢者の社会参加や社会的役割を持つことが高齢者の生きがいや介護予防につながるという観点から高齢者等の地域住民が主体となって取り組む環境づくりが必要です。

このため、生活支援コーディネーター、就労的活動支援コーディネーターや協議体により地域における課題や資源を把握しこれを踏まえて次の取組をすすめます。

高齢者等を介護予防・生活支援ボランティアとして養成し、活動の場を確保するなどの資源開発、介護支援・生活支援ボランティアの組織化、支援を必要とする高齢者の地域ニーズと地域資源のマッチングを行いながら、ボランティアの活動の振り返りやフォローアップなど定期的に実施します。

人材の発掘にあたっては前期高齢者を主な対象として、人生 100 年時代をよりよく生きていくための講座（大人マナビ講座）を開催し生きがいづくりや社会参加を促します。

## 2. 有償ボランティア事業（介護支援ボランティア）の展開

本町では、令和2（2020）年10月より有償ボランティア事業を開始し、令和2年度、令和5年度に有償ボランティア養成講座を開催しています。また、介護支援ボランティアが地区のサロンや認知症予防教室「脳いきいき教室」、社会福祉協議会が実施している通所型サービスA「シャキッと」などへの支援や、介護サービス事業所において介護予防と生活支援を担い地域全体の介護力の向上を図っています。

地域と介護サービス事業所が有償ボランティアを通じて交流することで介護サービス事業所の力を地域の中で活かしていくという新たな取組と高齢者のちょっとした困りごとに寄り添う生活支援ボランティアの養成を行っていきます。

有償ボランティア	実績値			計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
養成人数（実人数）	0	0	15	10	10	10
活動件数（件）	755	1,052	1,000	900	950	970
受け入れ事業所数（箇所）	3	2	3	4	5	5

### ～ボランティアさんの声～

- 認知機能の事、身体機能の事を講座で詳しく学ぶことが出来る。学んだことを地域や丘サロンで伝えることは簡単ではないがその努力をすることが自らの介護予防につながっている。
- 参加者が喜んでくれるのが一番うれしい。参加者の方が「今日は行くのが億劫に思ったけどあなた達が待っていると思ったので来ました。」と言ってくれたのは最高に嬉しかった。
- 普段、入ることの出来ない事業所や施設の中に入り、違う世界を見ることが出来るのはありがたい。この姿は数年後の自分の姿。やるせない気持ちもあるが、いまを大事に生きる大切が分かる。
- こんな自分が誰かの役に立っているのかと思うと嬉しい。
- 自分は年を取って腰も曲がって、もうみんなの役に立てる人間ではないと思い、いつボラを辞めようか考えてもいるが皆が私を必要と言ってくれる。私はまだ頑張ろうと思う。
- 仲間がいるから出来る。自分の出来ないところをお互いカバーしてくれる、自然に得意分野を活かしあえる関係が築けている。一人じゃないと思うとチャレンジできる。阿吽の呼吸がある。
- 高齢になってこんなマイク付けて人前で話すなんて夢にも思っていなかった。
- 参加者が脳トレを解く時間が早くなっていっているのが分かる、変化はやりがいにつながる。
- ボランティアさん自身が夢を持ってボラ活が出来るように。目指す地域、目指す姿と一緒に語り合う時間があると楽しそう。

## 3. 生涯学習・スポーツの推進

生涯にわたってスポーツに親しむことができるまちづくりを推進するため、「玉東町スポーツ振興計画」に基づき、支援者の養成、環境の整備・充実を図ります。

オレンジはあとクラブでの生涯にわたるスポーツや文化活動の取組とも連携しながら高齢者の社会参加を促していきます。

#### 4. 地域における支え合いの推進

高齢者の支え合いを推進する団体である社会福祉協議会、区長会、民生・児童委員協議会、食生活改善推進員協議会、オレンジクラブ連合会、健康を守る婦人の会、各種ボランティア団体等との連携を図り、支え合いの体制づくりを行います。

また、地域ごとの小さな単位で活発な活動ができるよう、子どもから高齢者までのすべての世代内、世代間が連帯し、相互に支え合うことができる地域コミュニティの形成に取り組めます。

#### 5. 高齢者の活躍の場の創出

本町の65歳未満の人口は減少傾向にあり、高齢者を支える現役世代の負担は今後ますます大きくなっていきます。また、生産年齢人口の減少は、介護人材の確保をこれまで以上に難しくするものとなります。

本町では、令和2（2020）年10月より有償ボランティアによる地区サロンや認知症予防教室「脳いきいき教室」などの運営の支援や、生活支援サービスの担い手として活用を開始しており、元気な高齢者が、支援を必要としている高齢者を支える社会のシステムの構築を図っていきます。

#### 6. オレンジクラブ・シルバーヘルパー活動の支援

オレンジクラブは「健康・友愛・奉仕」を目標に、一人暮らし高齢者の安否確認（友愛訪問）や地域の安全安心活動（子ども見守り活動）、地域の伝承活動、環境美化等に取り組んでいます。加入している高齢者の数も減少していますが、地域において欠かせない重要な役割を担っていることから地域活動を引き続き支援します。

#### 7. 就労による生きがいづくりへの支援

高齢者の技術、技能、資格、職業経験を活かし、自己実現や地域貢献の意欲に応えられるよう就労支援の体制づくりを行います。現在は、シルバー人材センターがその機能を担っていますが、請負業務の制限もあるため高齢者の能力を活用できていない状況があります。今後は就労を通じた社会参加を促すために就労的活動支援コーディネーターを配置し、高齢者の力と就労をマッチングさせていく取組を推進します。

また、地域の生活課題の解決を図るため、高齢者の生活支援をワンコインで提供できるような請負業務のあり方を検討していきます。

シルバー人材センター	実績値			計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
登録者数（人）	55	55	57	60	60	60

## 基本目標2 安心して在宅生活を送ることができるまちづくり

### 主要施策① 認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って暮らせるまちづくり

近年の認知症有病者数の推移からも、令和7（2025）年には高齢者のうち「5人に1人」が、令和22（2040）年には「3人に1人」が認知症を患う時代となり、家族や身近な人が認知症になることなども含め、多くの人にとって身近なものになっています。

このため、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」やその他関連する計画に基づき、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の実現を推進します。

#### ～認知症の人の思い～

- 認知症と診断されても、次の日からの生活は何も変わらない。変わってしまうのは周りの人。認知症の人が「助けて」と言える環境と言われた人が「助ける」環境があればいい。まだできるのに苦手になったからって全てを奪うと何もできなくなる。「困っている」ときだけ助けてほしい。それ以外は普通に接してほしい。
- 認知症の人は、みんな自分の症状を自覚している（どうしてこんな忘れてしまうのか・・・）でも「認知症のせい」なのか「老化のせい」なのかが分からない。（「病識がない」と言われても困る）高度認知症の人にとっては、介護保険は第一選択肢になりやすいけど、何をしたいのか、自分の進路は自分で決めたい。当事者に聞かずに決められたデイサービスには行きたくない。病名だけで人を判断しないで。記憶が苦手、顔の認識が苦手、計算が苦手というだけ・・・。

## 1. 認知症予防教室の展開と認知症の早期発見・早期対応

認知症の早期発見・早期対応については、認知症の前段階と言われる軽度認知障害（MCI）の早期の気づきと対応が重要になります。本町では、地域包括支援センターで行っている総合相談業務における認知症に関する相談対応や、社会福祉協議会に配置している認知症地域支援推進員が中心となって、医療機関や介護サービス事業者等と連携して適切な支援や助言を行っています。また、認知機能の改善プログラムを提供する「脳いきいき教室」を実施し、認知症初期集中支援チームの介入につなげていきます。

しかし、教室に参加されていない人は物忘れの段階では相談に結びつきにくく問題が重度化してから相談対応している状況です。また、介護保険申請後に何かしらのサービスに繋がりにくい人達の居場所や持ち得る力を発揮できる活動の開拓及びマッチングを地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症サポーター、アクティブサポーターなどたくさんの方が関わりながら行っていきます。

今後はチームオレンジや認知症カフェを通じて認知症への理解に併せて認知症の人の思いに寄り添う支援活動を一層進めていきます。地域では認知症になると「何もできなくなる」と誤解されていることもあります。認知症の人と「できないこと」だけでなく「できること」「やりたいこと」を共有しながら地域全体で認知症の人の発信や意思決定・権利擁護が尊重される地域づくりに取り組みます。

## 2. 認知症初期集中支援チームの活動の活性化

本町では、認知症の状態に応じて必要なサービスが適切に提供されるように医療機関や介護サービス、地域の支援機関との連携支援や、本人やその家族への相談業務等を行う認知症地域支援推進員を社会福祉協議会に配置し、複数の専門職からなる認知症初期集中支援チームを地域包括支援センターに設置しています。

認知症初期集中支援チームは、認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問し、認知症サポート医による鑑別診断等を踏まえて、多職種による支援方法の検討、経過観察や本人の生活状況等を評価し、本人や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行います。

本町では、総合相談支援等において地域包括支援センターにあがった認知症に関する情報を認知症地域支援推進員と共有し、認知症初期集中支援チームのサポートのもと支援が行われるような体制の構築を行っています。

### 3. 認知症サポーターの養成及び活動の活性化

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

サポーターの養成数は確実に増加していますが、これまで養成後のサポーターが実際の活動につながりにくい課題が見られていましたので、認知症サポーター養成を受けた人にはその後、認知症の人を地域で支えるグループである「ともに歩む会」へ登録してもらう流れを取っており、そこからより活動を活性化させるため、「アクティブサポーター」への受講を勧めています。今後はこの「アクティブサポーター」を中心として認知症の人への声かけ訪問や、認知症カフェでの支援などチームオレンジを意識した展開を行っていきます。

また、小学6年生への認知症サポーター養成講座の開催を引き続き取り組み、養成後の子どもの見守り活動については地域学校協働活動などの教育分野との連携を図りながら地域で高齢者を見守る子どもサポーターとしての活動を支援します。

### 4. 認知症相談窓口の認知度向上に向けた取組の推進

令和4年度に実施した「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」において、認知症に関する相談窓口を「知っている」と答えた人が37.3%、前回調査（令和元年度）の39.5%と比較すると-2.2ポイントという結果でした。介護保険申請からの相談ではなくて、ちょっと気になる段階からの相談窓口となるように窓口の周知を行っていきます。

本町では、認知症ケアパスを作成し、認知症に対応できるかかりつけ医や認知症サポート医、認知症疾患医療センター等の認知症医療に関する相談窓口の周知活動と、認知症の状態に応じ、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのかという本町の認知症ケアに対する情報を体系的に整理し資料化を行っています。今後も必要に応じてこの体系の見直しを随時行いながら、認知症に関する基礎的な情報とともに、具体的な相談先や受診先の利用方法等が明確に伝わるような周知・普及啓発の活動を行い、相談窓口の認知度の向上を図ります。

介護予防・日常生活圏域 ニーズ調査	実績値			計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
認知症相談窓口の認知度 (%)	—	37.3%	—	—	45.0	—

## 5. 認知症カフェの拡充とチームオレンジの設置に向けた取り組みの推進

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

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

本町では、令和2年度に1か所の認知症カフェの立ち上げを行い、おおむね月1回の開催を実施しています。今後も認知症カフェの拡大を図るとともに、「アクティブサポーター」を中心とした養成を受けたサポーターが積極的にカフェの運営支援にかかわる仕組みを構築し、認知症地域支援推進員や認知症サポーターがいる中で、認知症の人の意思決定に基づく本人支援（チームオレンジ）の実現に向けた取り組みを推進します。

認知症カフェ	実績値			計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
設置数（箇所）	1	1	1	1	1	2
参加者数（延べ人数）	27	54	250	150	150	200
チームオレンジ活動数（回）	18	42	20	300	30	30
本人ミーティング開催回数（回）	0	0	1	5	5	5

## 6. 行方不明認知症高齢者等の早期発見のためのSOSネットワークづくり

全国では年間1万人の認知症の行方不明事案が発生していますが、そのほとんどは、認知症の症状が進行することにより起こっているものであり、発見する時間が経過すればするほど、交通事故や転倒など、命に係わる重大な事態を引き起こす危険性が高くなります。

第8期計画期間内で認知症の人が行方不明になり家族や警察が捜索される事案が複数発生しています。早期に発見されケガなどの報告はありませんが、緊急時の対応のため町内に高齢者等見守りSOSネットワークを構築しており事前登録で現在11名の方が登録されています。

このネットワークが必要なときに機能を即座に発揮できるよう、日常的な見守り体制の確認を行っていくとともに、認知症サポーター等の参画を含めたネットワークの広がりに向けて取り組んでいきます。

また、令和2（2020）年10月より、認知症により行方不明の恐れのある高齢者等を在宅で介護している家族に対して、不明時の状況が記録できるネットワークカメラの貸与事業を実施しており、令和5（2023）年5月より玉名市・和水町・南関町・玉東町の広域的な見守り体制の構築に取り組んでいます。

高齢者等見守りSOSネットワーク	実績値			計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
連絡会開催（回）	3	3	4	5	5	5



## 7. 認知症初期集中支援チームの活動から抽出された地域課題の地域ケア会議での検討

社会的困難や生活のしづらさは、認知症の経過の比較的初期の段階（MC I）から出現してくるため、認知症初期集中チームにおいては、できるだけ早期の軽いうちから、複雑化してくるものを少しでも軽くしていく予防的な介入支援が必要です。

認知症の段階に応じた適切な支援が、できる限り早い段階で包括的に提供されるよう、認知症初期集中支援チームの活動から抽出された地域課題を地域ケア会議等で協議し、情報の共有と必要な対策を検討していきます。なお、検討にあたっては、認知症疾患医療センターの参画も得て、専門的なケアの視点での課題検討を行います。

## 8. 認知症に係る医療・介護の連携強化

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

また、認知症疾患センターの主催で、事例検討会及び研修会が行われており、医師、ケアマネジャー、社会福祉士、精神保健福祉士、臨床心理士、作業療法士、理学療法士、保健師、介護（相談員）、MSW（医療ソーシャルワーカー）、包括、行政、救命士、警察、生活支援コーディネーター、医師、看護師等、さまざまな専門職が参加し、顔の見える関係ができあがることで、その後の連携が生まれています。

町内においては「チーム玉東」との連携を通じて、認知症に対する理解の普及を中心に取り組みを行っていきます。

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

## 9. 成年後見制度の利用促進に向けた取り組みの推進

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

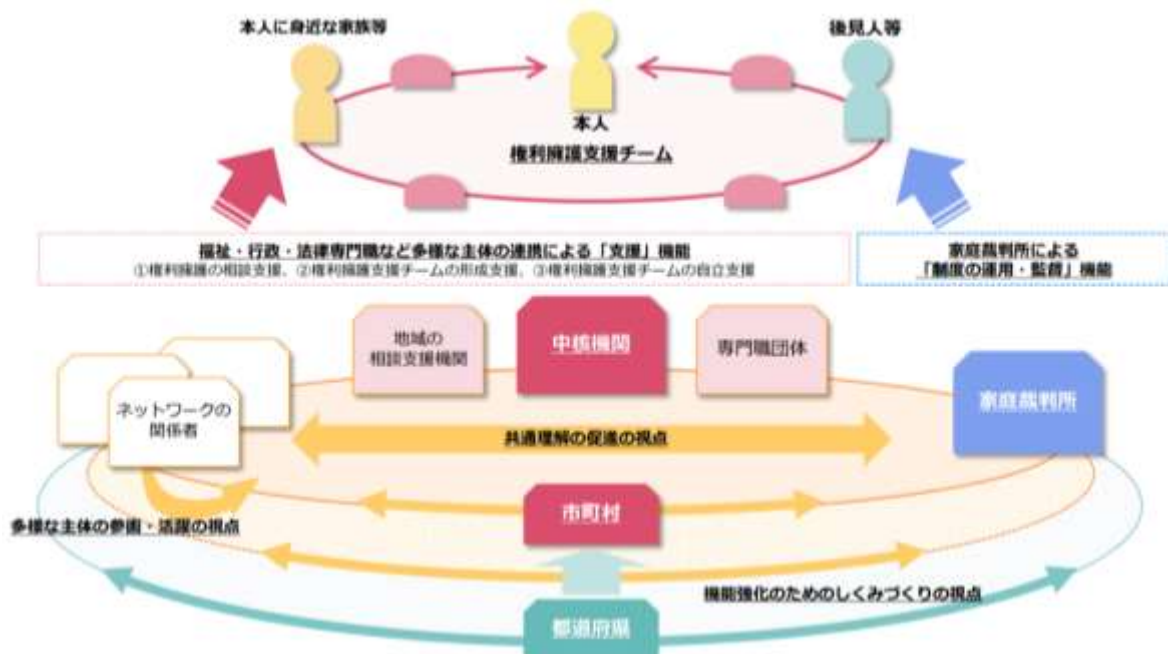
また、権利擁護支援の必要な人の発見にあたっては、民生委員協議会、介護事業所等の各種団体との連携も図りながら、発見した場合には、速やかに必要な支援に結び付けていきます。

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

成年後見制度	実績値			計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
町長申立て件数(件)	0	1	1	1	1	1

ネットワークの役割	<ul style="list-style-type: none"> <li>・権利擁護支援の必要な人の発見・支援</li> <li>・早期の段階からの相談・対応体制の整備</li> <li>・意思決定支援・身上保護を重視した成年後見制度利用の運用に資する支援体制の構築</li> </ul>
中核機関の役割	専門職による専門的助言等の支援の確保や、協議会の事務局等、コーディネートを担う機関 (1) 広報・啓発の強化 (2) 相談機能の強化 (3) 成年後見制度の利用促進 (4) 成年後見人等への支援

### 【権利擁護支援チームと地域連携ネットワーク】



## 10. 認知症の人の家族に対する支援の推進

認知症の人の介護者への支援を行うことは、認知症の人の生活の質の改善にもつながります。

本町では、これまで家族に対する支援の部分ではやや不足が見られておりましたが、令和2年度に認知症カフェの立ち上げを行い、認知症の人や家族が気軽に立ち寄って困りごとが相談できる場として展開を目指しています。今後も介護者のニーズを把握しながら、精神的・身体的な負担の軽減や、生活と介護の両立を支援する取り組みを検討していきます。

## 主要施策② 安全・安心な暮らしを支えるまちづくり

### 1. 安心して暮らせる住まいの確保

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

高齢者の住まいの確保を図るにあたり、人口動態、医療・介護ニーズ及び高齢者の住まいに関するニーズを分析するとともに、住宅政策を所管する担当課等と連携して当該ニーズに対し、既存の施設やサービス基盤を組み合わせつつ、計画的に対応していく必要があります。

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

その他、高齢者自らのニーズに合わせた住まいへの住み替えが円滑に行われるよう、「熊本県高齢者居住安定確保計画」に沿った支援を行っていきます。

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

#### 【町内の住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅の設置状況】

	住宅型有料老人ホーム	サービス付き高齢者向け住宅
設置箇所数	2か所	—
定員総数	31床（各8床・23床）	—

### 2. 高齢者の移動手段の確保

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

本町では、2台の福祉バスで地区巡回を行っており、役場・医療機関・金融機関など、住民の生活に密着した地点に乗降点を置くように運行をしています。今後も住民の利便性を考慮した移送サービスの検討や、循環バスの運行のさらなる周知を行います。

### 3. 高齢者福祉の推進

一人暮らしや高齢者世帯など、日常生活にさまざまな支援を必要とする高齢者を対象に、各種福祉サービスの充実を図ります。

#### ■玉東町安心相談確保事業

一人暮らしの高齢者等に緊急通報装置（ボタンを押すだけで緊急通報センターへ通報できる機器）を貸与し、急病等の緊急時の通報やさまざまな相談事に 24 時間対応するサービスを提供します。

### 4. 消費者保護の推進

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

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

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

### 5. 防災・防犯体制の充実、災害時避難対策の強化

近年増加している災害への備えとして、行政区や自主防災組織を単位として、危険箇所や災害時要援護者を把握し、玉東町地域防災計画に即して災害発生時の支援体制を構築していきます。

第8期計画において、自主防災組織の活動は徐々に活性化してきており、地区としての防災に対する意識はあがってきています。今後も、自主防災組織の活動の推進や防災士による防災に関する知識の普及を図り、日頃から災害へ備えておくことで、地域における防災力の向上に取り組みます。

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

災害時に避難行動要支援者の避難及び安否確認が円滑に行えるよう、民生委員や消防団、自主防災組織等の関係機関との連携強化に取り組みます。防災・避難訓練や安否確認訓練等を、積極的に行います。

また、被害を最小限に抑えるため、要配慮者の円滑な避難に必要な対策として、特別養護老人ホームやグループホーム等の協力のもと、災害時において介護が必要な避難行動要支援者を受け入れる福祉避難所の運用を進めていきます。

さらに、災害が発生した場合であっても必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築できるよう、介護サービス事業所等に対し、必要に応じて助言及び適切な支援を行っています。

## 6. 感染症対策の強化

新型コロナウイルスをはじめとする感染症への対策として、関係機関や町内の介護サービス事業所等と連携し、さまざまな感染症発生時の訓練の実施や感染拡大防止策の周知・啓発、感染症発生時に備えた平時からの事前準備、感染症発生時の代替サービスの確保に向けた連携体制の構築等を行うことが重要です。特に、介護サービス事業所等が感染症発生時においてもサービスを継続するための備えが講じられているかを定期的に確認するとともに、介護サービス事業所の職員が感染症に対する理解や知見を有したうえで業務にあたることができるよう、感染症に対する研修やICTを利用した代替方法等を検討していきます。また、介護サービス事業所等における、適切な感染防護具、消毒液その他の感染症対策に必要な物資の備蓄・調達・輸送の支援体制づくりに努めます。

加えて、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律」等を踏まえ、高齢者施設等が感染症への適切な対応を行うことができるよう、介護保険担当課は必要に応じて平時から関係各課・関係機関と連携を図ります。

## 7. 高齢者の見守り支援体制の構築

地域において高齢者を孤立させず、さらには自立を促し、高齢者自身が自らいきいきと暮らすことができるよう支援していくためには、介護保険制度の充実など、福祉施策の充実とともに、ご近所による見守り・安否確認・身近な支え合いなどを通じた地域でのつながりの再構築や、日常生活における「顔の見える関係づくり」が求められています。今後、高齢者等安心見守りSOSネットワーク事業として、ご近所による見守り・安否確認・身近な支え合いの輪を広げつつ、行政、民間事業所を含む関係機関等と「官民協働」で高齢者を見守る互助・共助の新たな仕組みづくりを進め、誰もが住み慣れた地域で自分らしく安心・安全に暮らせる地域づくりを目指します。

## 主要施策③ 高齢者の虐待防止・権利擁護の推進

### 1. 高齢者の虐待防止に関する啓発の充実

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

高齢者虐待には以下の5つの類型があり、虐待を発見した者は、速やかに市町村に通報する努力義務を課しています。

高齢者虐待が発生しないよう、また、発生した場合は早期発見につながるよう、広報紙等を活用した普及・啓発、ネットワーク構築、庁内連携、行政機関連携に努めます。

#### 【高齢者虐待の類型】

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

### 2. 虐待防止機能の強化

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

地域包括支援センター・介護サービス事業所・地域住民に向けて、日常に潜む虐待への意識啓発等を目的とした研修や学習を行っています。特に、介護サービス事業所においては、「教育知識・介護技術等に関する問題」や「職員のストレスや感情コントロールの問題」、「虐待を助長する組織風土や職員間の関係の悪さ、管理体制等」などが考えられるため、従事者等への教育研修や相談支援体制、管理職等への適切な事業運営の確保を求めています。また、令和6（2024）年4月1日から介護サービス事業所において①虐待防止委員会の設置、②指針の整備、③研修の定期的な実施、④担当者の配置が義務付けられました。これらの事業所だけではなく有料老人ホーム等に対しても県と協力し虐待防止対策を推進していきます。

### 3. 虐待への対応

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

養護者による高齢者虐待への対応強化については、個別ケース会議において支援方針を決定し、必要に応じて保護及び虐待を行った養護者に対する相談、指導又は助言等の措置を講じるなどの緊急的な対応を図り、再発防止に努めます。

また、認知症高齢者等が虐待を受けるリスクが高いことから、認知症に関する各種施策と連携しながら、必要な人には成年後見制度の活用を促進していきます。

養介護施設従事者等による高齢者虐待への対応強化については、養介護施設従事者等への教育研修や管理者等への適切な事業運営の確保を求めるなど、県と協働して虐待の防止に取り組みます。

### 4. 高齢者の権利擁護の推進

認知症の進行度合によっては、自分の生活に必要な福祉サービスをはじめ、さまざまな契約についての判断や、日常的な金銭管理や重要な財産管理等の社会的判断能力が低下する場合があります。高齢者の権利擁護については、総合相談等の機会において高齢者の抱える問題の解決に努めていますが、今後も、社会福祉協議会や社会福祉法人との連携を強化し、認知症の人をはじめ、高齢者の権利を守る地域福祉権利擁護事業の周知・啓発を行い、必要な人に対する利用の促進を図ります。



## 主要施策④ 医療と介護をはじめとした地域の多職種連携体制の構築

### 1. 在宅医療・介護連携推進事業の推進

在宅医療介護の推進にあたっては、多職種連携と合わせ、地域住民への啓発が重要となってきます。関係団体の役割分担・連携のもと、在宅医療・介護連携の体制づくりが必要です。

「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」を図るため、本町では玉名郡市医師会への委託による事業と、町内の医療介護従事者で運営する「チーム玉東」を主体とした町独自の普及・啓発活動等を行っています。医療ニーズと介護ニーズをあわせ持つ高齢者の在宅生活を支援する体制づくりとして、在宅医療・介護連携推進事業に取り組むことで、多職種連携によるチームケアの推進を図ってきました。

「チーム玉東」が主催する「デスクンファレンス」をはじめとする多職種による学習会や、地域住民にわかりやすく啓発を行う「ふらっとゼミナール」の開催を支援し、関係機関と協働による在宅医療介護の普及・啓発を着実に進めています。

今後も玉名郡市医師会等の関係団体及び有明圏域1市4町や「チーム玉東」との連携強化を図り、関係団体の役割分担のもと、在宅医療・介護連携を推進していきます。

切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築、在宅医療・介護連携に関する相談支援については、地域支援事業と連携した取り組みを検討していきます。

高齢者が「日常の療養支援」「入退院支援」「緊急時対応」「看取り」などの場面において状況に応じた医療と介護ニーズに対応するために、在宅医療介護連携による関係機関の顔の見える関係づくりから一歩踏み出し、課題や目標を共有しながら実態把握・実践・評価を行い切れ目のない支援体制構築を図っていきます。目指す姿として「日常の療養支援」においては、疾病や心身機能が低下しないようにかかりつけ医や保健師等に相談しながら生活を見直し実践している姿、「入退院支援」については、高齢者自身が生活したいと思う場所に安心してもどることができる姿、「緊急時対応」については、認知症の人や一人暮らし高齢者が安心して入院できる姿、「看取り」については、人生の最期の選択を家族や医療・介護の関係者と話し合うことができている姿とします。この4つの場面におけるスムーズな医療・介護の連携を図るために、高齢者本人を含めた情報連携（メディカルネットワーク等）の活用を推進します。

## 在宅医療と介護連携イメージ（在宅医療の4場面別にみた連携の推進）



## 2. 多職種連携体制の構築

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

また、地域ケア会議における個別のケースに応じて、認知症疾患医療センターの地域連携担当者等の参画を図っていきます。定期的に地域包括支援センターと医療機関連携室との情報共有を図り、スムーズな入退院支援を図り、高齢者の自立や安心できる在宅生活を支援します。

在宅医療・介護連携 推進事業	実績値			計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
多職種連携研修会（広域） 開催回数（回）	249	167	200	150	150	150
包括・連携室入退院支援 （件）	35	43	50	50	70	80

### 3. 在宅医療・在宅介護の普及・啓発

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

地域住民の在宅医療・在宅介護に関する関心を高めるための啓発方法について、有明圏域の1市4町による取り組みを推進するとともに、町独自の取り組みとして「チーム玉東」による活動を支援していきます。

今後も、あらゆる機会を通じて、在宅医療と在宅介護の普及に取り組んでいきます。

### 4. 「くまもとメディカルネットワーク」を活用した医療・介護の連携推進

医療と介護連携を推進するにあたっては、ICT（情報通信技術）の活用が有効です。熊本県においては、熊本県医師会をはじめ、熊本大学医学部付属病院、県、関係団体が連携のもと、ICTを活用し、県内の病院、診療所、薬局、地域包括支援センター、介護関係施設等をネットワークで結び、診療情報等の迅速な共有や、医療と介護の切れ目のない連携を図ることを目的として、「くまもとメディカルネットワーク」が平成27（2015）年12月から開始されています。病院、診療所、薬局、介護関係施設には、ICTを活用することで、水害時には紙情報の消失を防ぐことができ、その他災害時には迅速な情報共有を行うことができます。

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

今後も、本町では「くまもとメディカルネットワーク」を活用し、在宅医療と介護の連携を強化していきます。

## 主要施策⑤ 地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進

### 1. 重層的支援体制整備について

地域共生社会とは、制度・分野ごとの『縦割り』や、「支え手」と「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が、それぞれ『我が事』として参画し、人と人、人と資源が、世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがいと地域をともに創っていく社会のことです。

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

## 基本目標3 介護や支援が必要な人に適切なサービスを提供できるまちづくり

### 主要施策① 地域包括支援センターの機能強化と保険者機能の強化

#### 1. 地域包括支援センターの機能強化

本町では、町直営型の地域包括支援センターを運営しており、地域包括ケアシステムを構築するうえで、その中核を担う役割となっています。そのため、これまで地域包括支援センターはその機能を効果的・効率的に発揮できるよう、専門職（保健師・社会福祉士・看護師・生活支援コーディネーター・介護支援専門員等）の人材確保を行ってきました。設置の責任主体として地域包括支援センター運営協議会を設置・開催し、厚生労働省が策定する評価指標を用いて業務の評価や点検を行うことで、地域包括支援センターの運営支援、人員確保支援に努め、公正・中立性を確保した適切かつ円滑な運営に取り組んでいます。

地域包括支援センターは、今後も地域の関係機関等と連携しながら、高齢者やその家族等を取り巻くさまざまな相談や潜在的ニーズ、地域の課題等に対して適切に支援を行うとともに、必要に応じて専門機関等へつなげて解決を図っていく体制を整え、地域ケア会議、在宅医療介護と連携した体制づくりに加え、認知症対策や介護予防・日常生活支援総合事業の推進に関する業務等に対応していくうえで必要不可欠な地域包括支援センターの機能強化を図っていきます。

地域包括支援センター	実績値			計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
三職種正規職員数（人）	2	2	2	3	3	3

## 2. 地域ケア会議の充実

本町では、地域包括支援センターが主体となって、平成 22 年度から困難事例への対応を検討する地域ケア実務者会議（地域包括支援センター・町民福祉課・社会福祉協議会）を開催してきました。

平成 29 年度からは、要支援・事業対象者に対する自立支援を目指した地域ケア個別会議に、保険者、地域包括支援センター、生活支援コーディネーター、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士、看護師、ケアマネジャー等の多職種が参画し、定例化を行っています。

今後も、地域ケア会議の機能を発揮できる実施体制の構築（個別課題解決機能・ネットワーク発見機能・地域課題発見機能・地域づくり資源開発機能・政策形成機能）を図っていきます。

また、会議には常時認知症地域支援推進員も参加しており、検討するケースに応じて認知症疾患医療センターの地域連携担当者等や医療機関関係者の参画を働きかけていきます。

医療と介護の連携や認知症への対応、地域が抱える課題の把握や関係部署との共有化など、町レベルでの検討が必要なケースについては、政策形成機能をもつ地域ケア推進会議にて検討を進めていきます。

地域ケア会議推進事業	実績値			計画値		
	R 3年度	R 4年度	R 5年度	R 6年度	R 7年度	R 8年度
地域ケア個別会議（自立支援型+困難事例）開催回数（回）	19	19	20	24	24	24
地域ケア個別会議（自立支援型+困難事例）事例検討数（実件数）	125	65	72	60	60	60
自立支援型地域ケア会議研修実施回数（回）	8	8	4	5	5	5

## 3. 地域マネジメントの実施

今後の高齢者人口の減少を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進を図るためには、本町の実態や課題の分析、取り組みの評価を行いながら、基本理念の実現に向けて必要な見直しを行っていく必要があります。

運営協議会や地域ケア会議、協議体等の場を活用し、関係者間で本計画における取り組みの方向性や指標を共有するとともに、取り組み状況の把握を行っていくことで、地域全体で継続的な改善を図っていきます。

地域マネジメントを行ううえでは、「地域包括ケア見える化システム」等を活用し、介護給付等の現状を分析していきます。

また、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、在宅介護実態調査の結果や、「地域包括ケア見える化システム」等の活用のほか、サービス利用者の維持改善率を分析し、自立支援・重症化防止への課題抽出を行っていきます。抽出した課題については、保険者機能を活かした取り組み内容などを検討していきます。

## 4. 介護給付の適正化に向けた取り組みの推進

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

介護給付の適正化とは、介護給付を必要とする受給者（介護保険サービス利用者）を適切に認定し、受給者が真に必要とする過不足のないサービスを事業者が適切に提供するよう促すことであり、適切なサービスの確保とその結果としての費用の効率化を通じて、介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築を図るものです。

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

そのため、国が定める指標だけでなく、県の定めた「熊本県介護給付適正化プログラム」での重点項目、KPI（評価指標）も参考にし、本町では適正化の主要の3事業を確実に実施できるよう体制の構築を行っていきます。なお、取組状況については公表することとします。

### （1）要介護認定の適正化

要介護（要支援）認定は、介護保険法の定めにより、全国一律の基準に基づき行われています。適切な認定審査が行われるよう、認定調査員向けのeラーニングシステムの利用を促進することで、調査能力の向上を図ります。

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

要介護認定の適正化	実績値			計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
委託による認定調査の点検率（%）	100	100	100	100	100	100
eラーニングシステムの登録率（%）	100	100	100	100	100	100
認定調査員研修会参加回数（回）	1	1	1	1	1	1

## (2) ケアマネジメントの適正化

### ①ケアプランの点検

ケアプランの点検は介護支援専門員（ケアマネジャー）が作成したケアプランが、ケアマネジメントのプロセスを踏まえた「自立支援」に資する適切なケアプランになっているかを、保険者が介護支援専門相談員とともに検証・確認することです。点検を通じて介護支援専門員の「気づき」を促し、介護支援専門相談員の資質の向上に資することも目的に含まれており、保険者職員と介護支援専門員等、点検にかかわる者の相互の気づきの場になるような配慮が求められます。これにより給付費の適正化だけでなく、「ケアマネジメントの適正化」を図っていくことが重要になります。また県が定めた「熊本県介護給付適正化プログラム」においても、ケアプランの点検に関する取り組み方針を定めることが市町村に求められています。

本町では、令和2年度にケアプランの点検体制の見直し・構築を図っており、従来の地域ケア会議での個別事例検討を行う形での点検とあわせて、ケアマネジャーからケアプランの提出を求める形での点検を計画的に行っています。第9期計画においても、国・県が示す指標に沿って、住民へよりよいサービスが提供されるよう点検体制を継続していきます。

ケアプランの点検	実績値			計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
課題整理総括表を活用した点検率（％）	14	9	10	10	10	10
高齢者向け住まい入居者の点検率（％）	28	9	9	10	10	10
地域ケア会議等を活用した点検月数（月）	12	12	12	12	12	12

### ②住宅改修等の点検

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

本町では、申請のあったすべての住宅改修において、施工前の書面（支給申請書、工事見積書、改修箇所写真等）での点検を確実にこなうとともに、リハビリテーション専門職が関与する点検体制についても構築を進めています。

福祉用具の貸与については、軽度者（要支援1・2、要介護1）の利用実態を中心に把握し、不適切な利用となっていないかをチェックしていきます。また、住宅改修点検と同様、リハビリテーション専門職による点検に取り組んでいきます。

住宅改修等の点検	実績値			計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
住宅改修の施工前点検実施率(%)	100	100	100	100	100	100
住宅改修のリハ専門職等による施工前点検実施率(%)	48	52	55	50	50	50
軽度者の福祉用具貸与点検実施率(%)	100	100	100	100	100	100
福祉用具貸与・購入のリハ専門職による点検実施率(%)	0	0	0	10	10	10

### (3) 医療情報との突合・縦覧点検

国保連の縦覧点検・サービス計画費不突合確認調整処理システムを活用した適正化を、実施しています。

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

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

医療情報との突合 縦覧点検	実績値			計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
医療情報突合の点検実施月数(月)	12	12	12	12	12	12
縦覧点検の点検実施月数(月)	12	12	12	12	12	12



## 主要施策② 地域支援事業の推進

### 1. 地域資源の整理や課題抽出・対応策の検討

地域の生活課題の解決については、本町の地域資源の活用や住民同士の互助による活動の促進、民間事業者や関係団体と行政の協働による資源開発等が必要となることから、平成29年度より行政区単位での「地域づくり活動創出モデル事業」に取り組んでいます。

高齢者の生活支援ニーズや解決すべき課題は、木葉地区・山北地区の2つの地域においても、内容や緊急性等が異なっています。さらに小さな単位となる行政区では、地域資源も大きく異なるため、「地域づくり活動創出モデル事業」の取り組みを十分に検証しながら、それぞれの地区にあわせた展開を検討していきます。

また、地域住民だけでは活動創出が難しい生活課題に関しては、支え合い地区づくり応援団で検討し、サービスの創出に取り組みます。

### 2. 包括的支援事業の推進

#### ■総合相談業務

地域包括支援センターが行う総合相談支援事業は、地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことを目的としており、支援が必要な高齢者に対して、介護保険サービスだけでなく、地域のさまざまな社会資源を活用した支援を提供していく必要があります。

相談に対する支援にあたっては、地域包括支援センターの多職種がチームとして連携し、介護保険サービスやインフォーマルサービスを含めた地域の社会資源、関係機関とのネットワークを活用しながら、横断的・多面的な援助を行います。

総合相談支援業務	実績値			計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
総合相談件数（件）	629	813	900	920	950	970
高齢者虐待相談件数（件）	10	46	50	50	60	70
権利擁護・成年後見制度利用相談件数（件）	4	0	5	5	10	15
介護支援専門員からの困難事例相談件数（件）	3	5	5	10	10	10
地域からの困難事例相談件数（件）	67	75	80	85	90	95

#### ■権利擁護業務

成年後見制度の活用や老人福祉施設等への措置の支援、高齢者虐待への対応、困難事例への対応、消費者被害の防止に関する諸制度を活用し、高齢者の生活支援を実施していきます。

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

### ■包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

包括的・継続的なケア体制の構築や地域における介護支援専門員のネットワークの活用、ケアマネジャーに対する日常的個別指導・相談、助言を実施し、地域ケア会議や医療機関との多職種連携を促進していきます。また、地域のケアマネジャーと関係機関との間の連携を支援します。

さらに地域のケアマネジャーに対して、圏域で開催する研修会や事例検討会への参加を促進し、ケアマネジャー相互の情報交換などを行う場として、地域ケア会議やサービス担当者会議等を開催します。

加えて、地域包括支援センターの主任ケアマネジャーが、ケアプラン及び介護予防・施設サービス計画の作成技術の指導、サービス担当者会議の開催支援のほか、地域のケアマネジャーが抱える支援困難事例等への指導・助言などを行っていきます。

### ■在宅医療・介護連携推進事業（社会保障充実分）

「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」を図るため、玉名郡市医師会等の関係団体及び関係市町との連携強化を図り、関係団体の役割分担のもと、在宅医療・介護連携を推進していきます。

### ■生活支援体制整備事業（社会保障充実分）

生活支援コーディネーターと支え合い地区づくり応援団を中心に、地域住民やボランティア団体をはじめとした多様な主体と、生活支援等のサービスの体制整備を図ります。

また、高齢者の就労的活動をコーディネートする就労的活動支援コーディネーターの配置により、地域における生活支援の担い手やサービスの開発等を行い、高齢者の社会参加及び生活支援の充実を推進していきます。

### ■認知症総合支援事業（社会保障充実分）

認知症初期集中支援推進事業と認知症地域支援・ケア向上事業を活用することにより、本町の実情に応じた認知症支援体制を推進します。

認知症初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断・早期対応や認知症地域支援推進員による相談対応、認知症カフェの設置、社会参加活動の体制整備、認知症本人・家族の支援ニーズに応える認知症サポーターの活動（チームオレンジ）の推進を図ります。

### ■地域ケア会議推進事業（社会保障充実分）

包括的・継続的ケアマネジメント業務の効果的な実施のために、ケアマネジャーをはじめとする地域の多職種連携による自立支援型の地域ケア会議を定期的で開催します。

今後も個別事例の支援内容の検討を通じて、以下の課題に取り組みます。

- 高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築
- 高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援
- 個別ケースの課題分析等による地域課題の把握など

### 3. 地域ケア会議を中核とした地域支援事業の連動性向上

包括的・継続的ケアマネジメント業務の効果的な実施のために、多職種により構成される地域ケア会議、個別ケースのケアマネジメント支援を行う地域ケア個別会議を行っています。

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

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

## 主要施策③ 介護保険サービスの基盤整備

### 1 介護保険サービスの安定的な提供

本町の高齢者人口は、すでにピークを迎えており、今後減少していく見込みであることから、第9期計画期間における新たな基盤整備（新設・増設）は行わず、住民主体の介護予防の取り組みや、民間企業等の力を活用した生活支援の取り組みを推進していきます。

#### 【地域密着型サービスの必要利用定員総数の設定】

	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
認知症対応型共同生活介護	9床	9床	9床	9床
地域密着型特定施設入居者生活介護	0床	0床	0床	0床
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0床	0床	0床	0床

### 2 多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みの推進

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

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

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

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

### 3 介護サービスの質の確保・向上に向けた取り組みの推進

介護サービスの質の確保・向上に向けて、利用者の適切な選択のもとで良質なサービスが提供されるよう、情報の公表の義務付け、サービスの専門性・生活環境の向上、事業者規制の見直しを行います。ケアマネジメントについては、包括的・継続的マネジメントの推進、ケアマネジャーの資質・専門性の向上等、公正・中立の観点から随時見直しを行っていきます。

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

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

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

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

さらに、今後はこれまで以上に地域のケアマネジャーと積極的にかかわることで、高齢者のニーズを把握し、高齢者の自立支援に向けたケアマネジメントに対する理解を高めていきます。

#### 4 介護給付費等対象サービスの見込みと確保策

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

本項では、これまでの給付実績や地域包括ケアシステムの構築による介護予防の効果を考慮するとともに、町の現状や社会情勢の変化、将来予測に関する各種のデータを用いて、第9期計画における介護保険サービスの事業量・事業費についての推計を行っています。

なお、ここで使用している介護保険サービスの事業量・事業費に関する各種データは、国が示した「地域包括ケア見える化システム」を用いて算出しています。

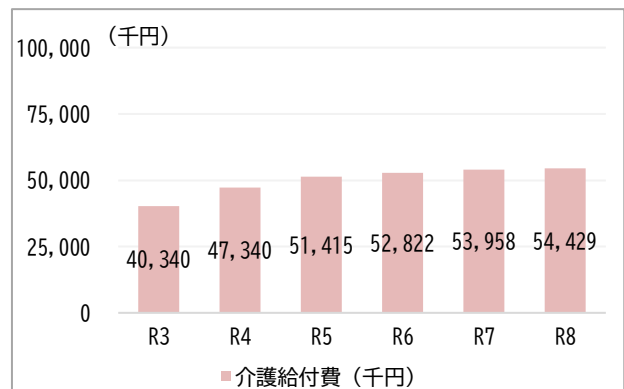
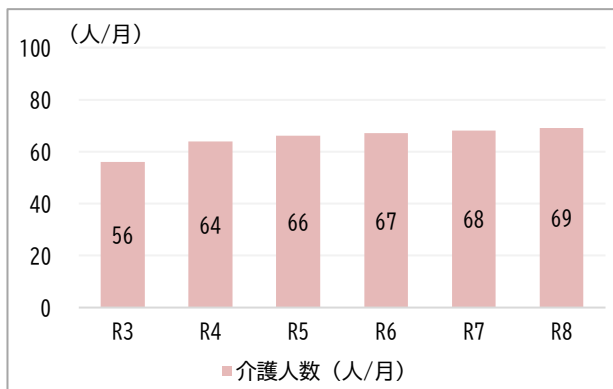
また、介護予防・日常生活支援総合事業の開始に伴い、介護予防訪問介護サービスと介護予防通所介護サービスの当該年度の見込みについては、介護保険事業費ではなく地域支援事業費に見込んでいます。

## (1) 在宅サービス

### ①訪問介護（ホームヘルプ）

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

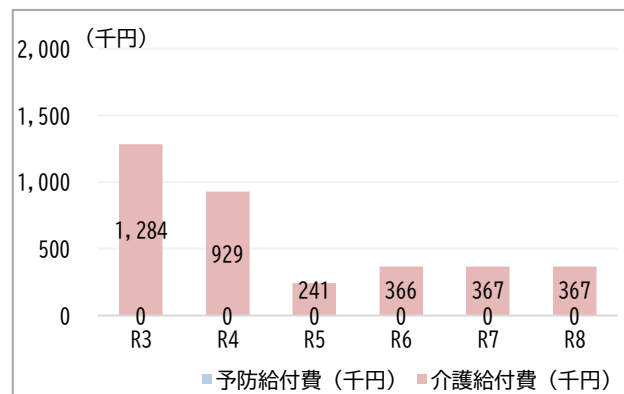
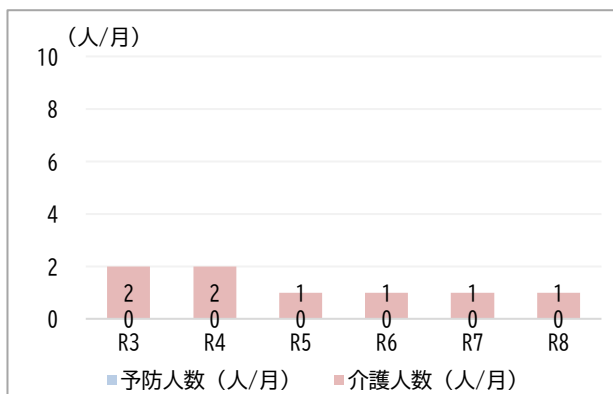
		実績値		見込値	計画値		
		R 3年度	R 4年度	R 5年度	R 6年度	R 7年度	R 8年度
介護 給付	人数（人/月）	56	64	66	67	68	69
	給付費（千円）	40,340	47,340	51,415	52,822	53,958	54,429



### ②訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

浴槽を積んだ入浴車等で自宅を訪問して、入浴の介助を行います。

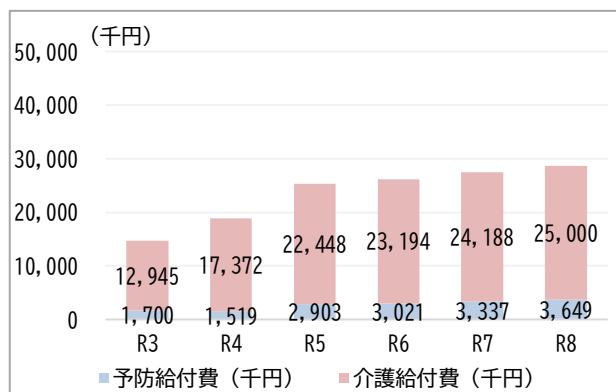
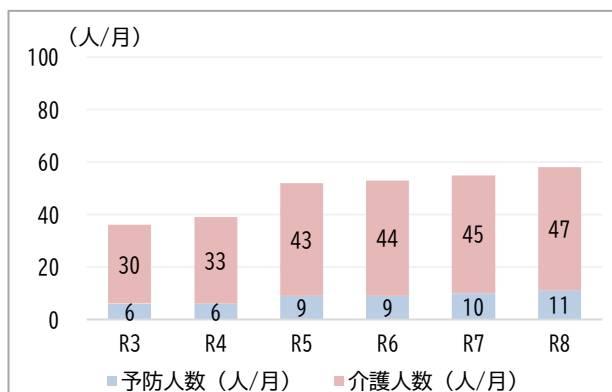
		実績値		見込値	計画値		
		R 3年度	R 4年度	R 5年度	R 6年度	R 7年度	R 8年度
予防 給付	人数（人/月）	0	0	0	0	0	0
	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
介護 給付	人数（人/月）	2	2	1	1	1	1
	給付費（千円）	1,284	929	241	366	367	367



### ③訪問看護・介護予防訪問看護

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

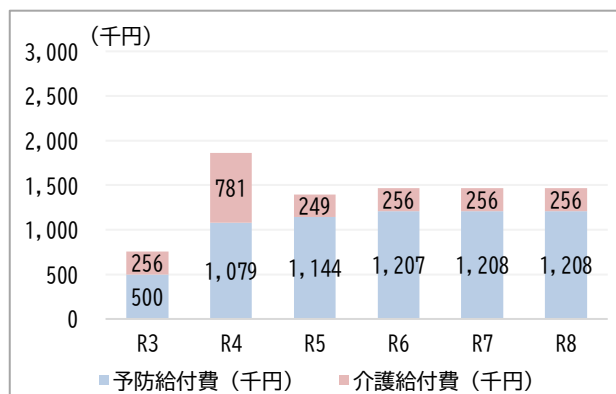
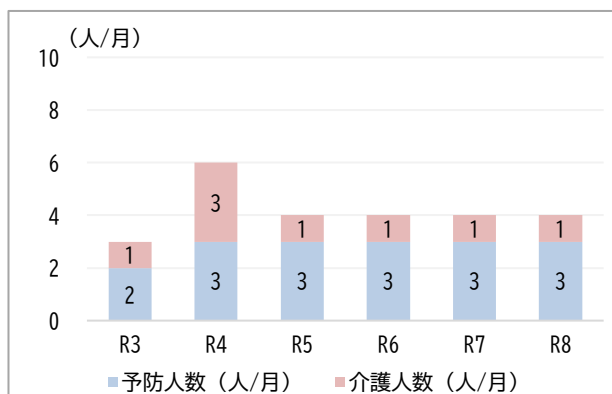
		実績値		見込値	計画値		
		R 3年度	R 4年度	R 5年度	R 6年度	R 7年度	R 8年度
予防 給付	人数 (人/月)	6	6	9	9	10	11
	給付費 (千円)	1,700	1,519	2,903	3,021	3,337	3,649
介護 給付	人数 (人/月)	30	33	43	44	45	47
	給付費 (千円)	12,945	17,372	22,448	23,194	24,188	25,000



### ④訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

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

		実績値		見込値	計画値		
		R 3年度	R 4年度	R 5年度	R 6年度	R 7年度	R 8年度
予防 給付	人数 (人/月)	2	3	3	3	3	3
	給付費 (千円)	500	1,079	1,144	1,207	1,208	1,208
介護 給付	人数 (人/月)	1	3	1	1	1	1
	給付費 (千円)	256	781	249	256	256	256

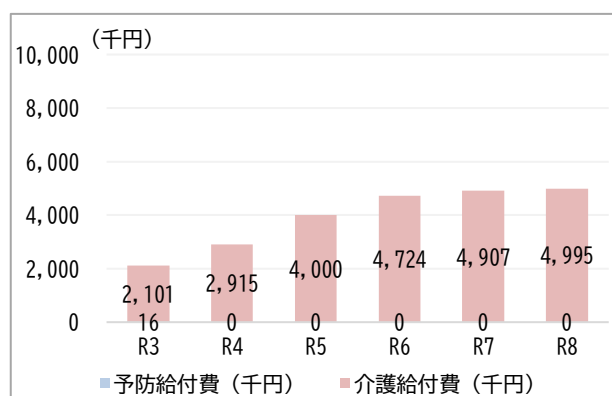
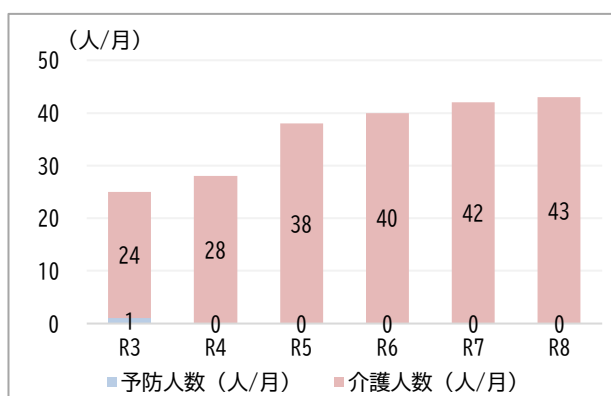




### ⑤居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

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

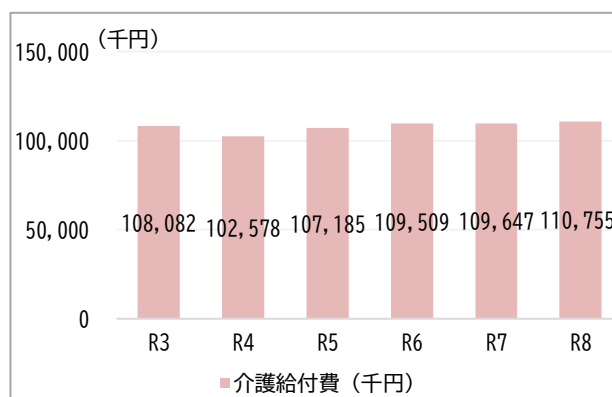
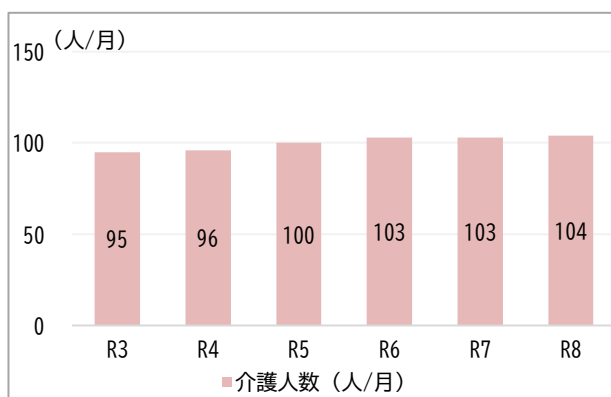
		実績値		見込値	計画値		
		R 3年度	R 4年度	R 5年度	R 6年度	R 7年度	R 8年度
予防 給付	人数 (人/月)	1	0	0	0	0	0
	給付費 (千円)	16	0	0	0	0	0
介護 給付	人数 (人/月)	24	28	38	40	42	43
	給付費 (千円)	2,101	2,915	4,000	4,724	4,907	4,995



### ⑥通所介護 (デイサービス)

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

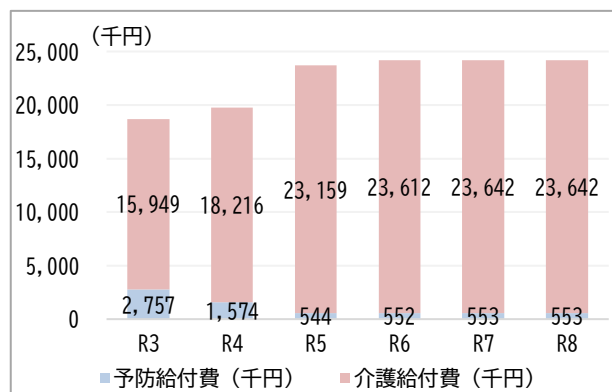
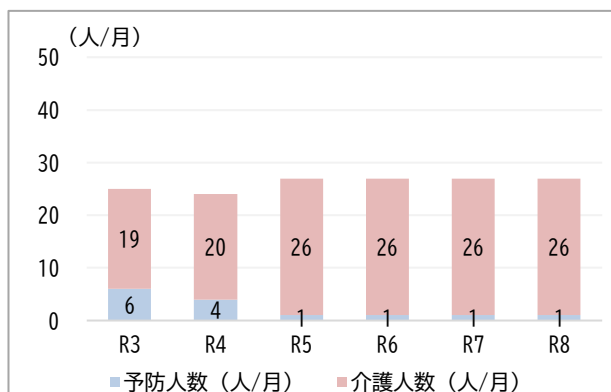
		実績値		見込値	計画値		
		R 3年度	R 4年度	R 5年度	R 6年度	R 7年度	R 8年度
介護 給付	人数 (人/月)	95	96	100	103	103	104
	給付費 (千円)	108,082	102,578	107,185	109,509	109,647	110,755



### ⑦通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション（デイケア）

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

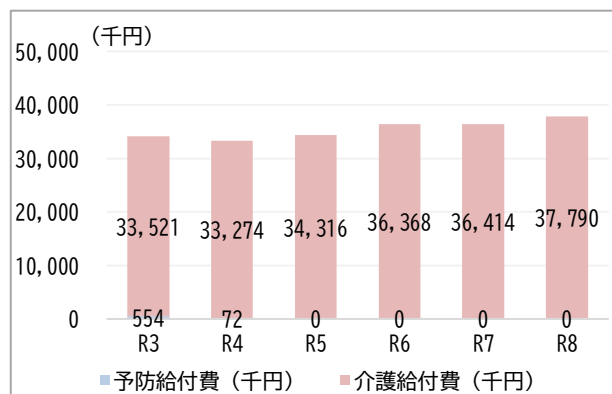
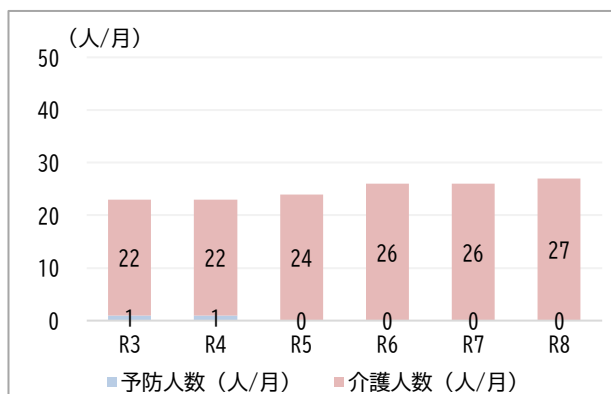
		実績値		見込値	計画値		
		R 3年度	R 4年度	R 5年度	R 6年度	R 7年度	R 8年度
予防 給付	人数（人/月）	6	4	1	1	1	1
	給付費（千円）	2,757	1,574	544	552	553	553
介護 給付	人数（人/月）	19	20	26	26	26	26
	給付費（千円）	15,949	18,216	23,159	23,612	23,642	23,642



### ⑧短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）

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

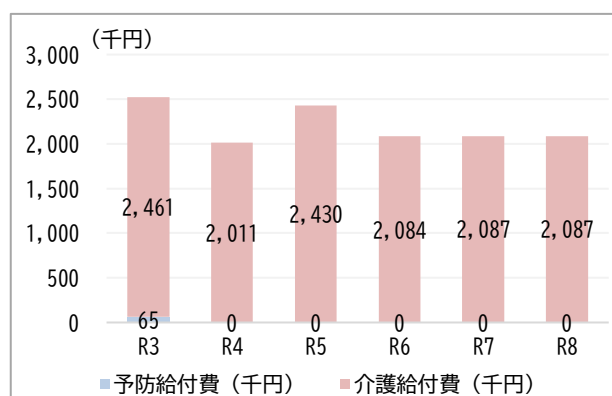
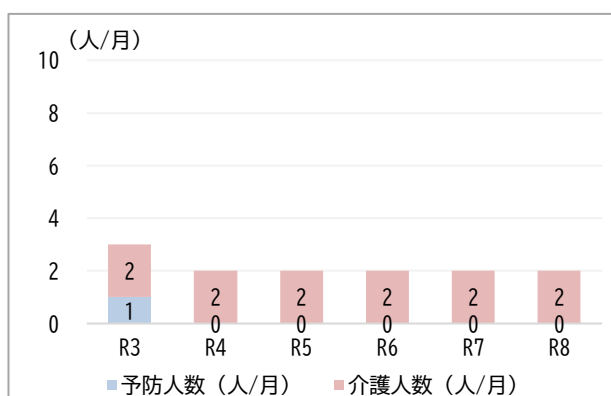
		実績値		見込値	計画値		
		R 3年度	R 4年度	R 5年度	R 6年度	R 7年度	R 8年度
予防 給付	人数（人/月）	1	1	0	0	0	0
	給付費（千円）	554	72	0	0	0	0
介護 給付	人数（人/月）	22	22	24	26	26	27
	給付費（千円）	33,521	33,274	34,316	36,368	36,414	37,790



### ⑨短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（老健）

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

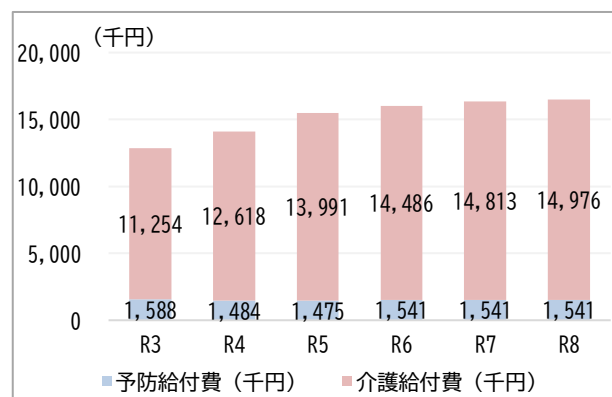
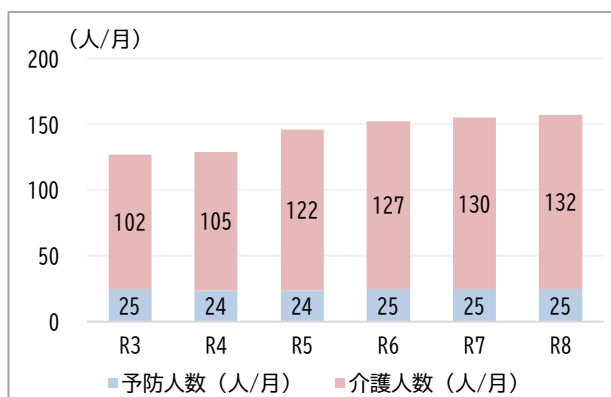
		実績値		見込値	計画値		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
予防 給付	人数（人/月）	1	0	0	0	0	0
	給付費（千円）	65	0	0	0	0	0
介護 給付	人数（人/月）	2	2	2	2	2	2
	給付費（千円）	2,461	2,011	2,430	2,084	2,087	2,087



### ⑩福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

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

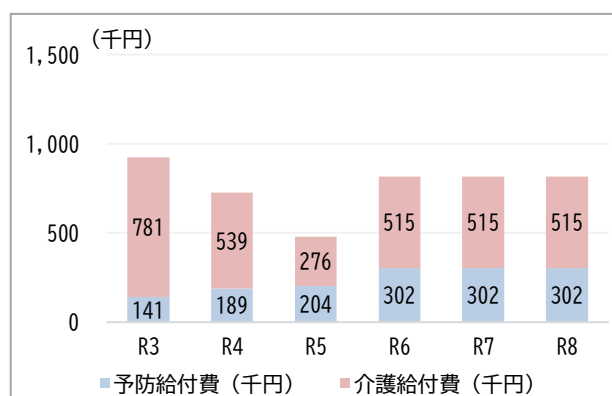
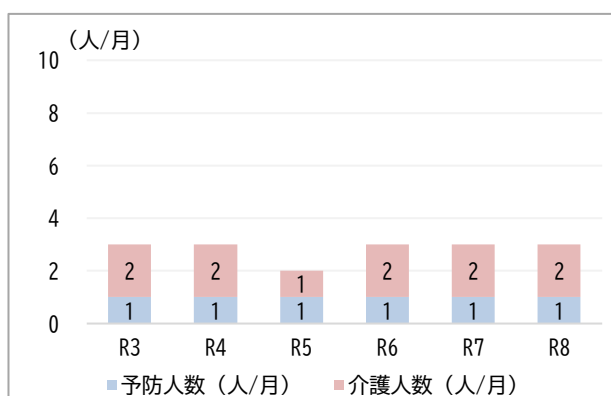
		実績値		見込値	計画値		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
予防 給付	人数（人/月）	25	24	24	25	25	25
	給付費（千円）	1,588	1,484	1,475	1,541	1,541	1,541
介護 給付	人数（人/月）	102	105	122	127	130	132
	給付費（千円）	11,254	12,618	13,991	14,486	14,813	14,976



### ⑪特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売

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

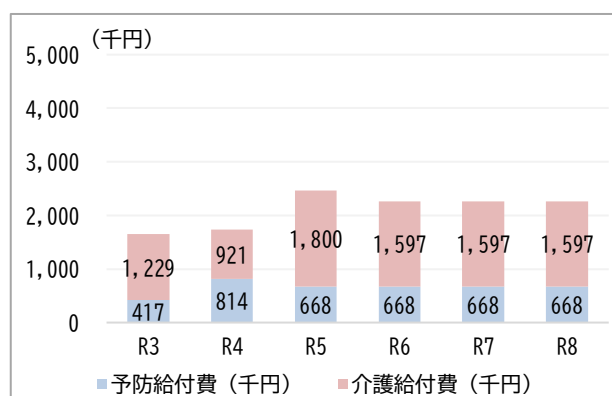
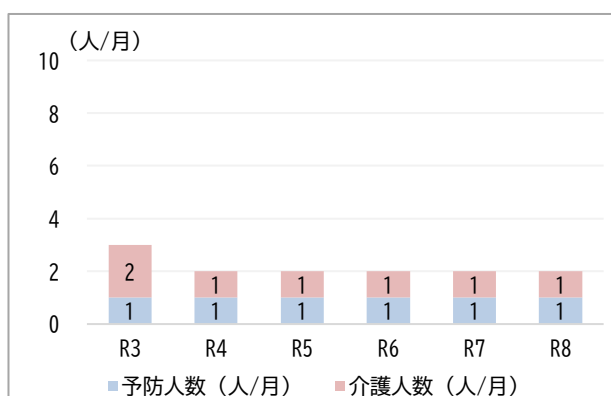
		実績値		見込値	計画値		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
予防 給付	人数(人/月)	1	1	1	1	1	1
	給付費(千円)	141	189	204	302	302	302
介護 給付	人数(人/月)	2	2	1	2	2	2
	給付費(千円)	781	539	276	515	515	515



### ⑫住宅改修

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

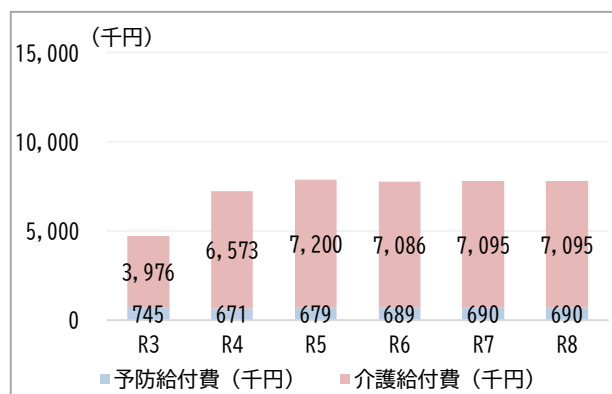
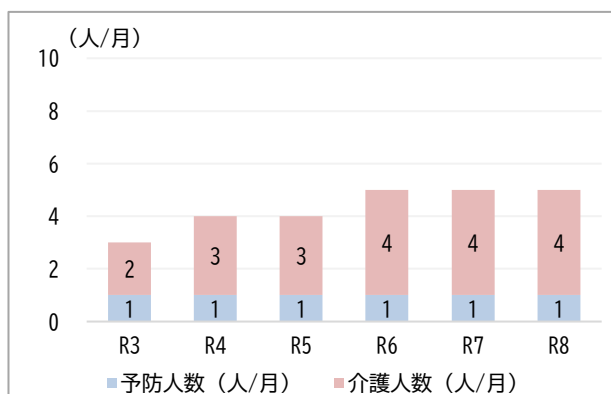
		実績値		見込値	計画値		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
予防 給付	人数(人/月)	0	1	1	1	1	1
	給付費(千円)	417	814	668	668	668	668
介護 給付	人数(人/月)	2	1	1	1	1	1
	給付費(千円)	1,229	921	1,800	1,597	1,597	1,597



### ⑬特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

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

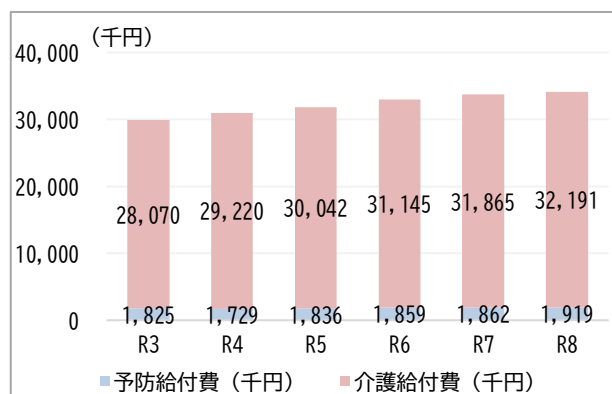
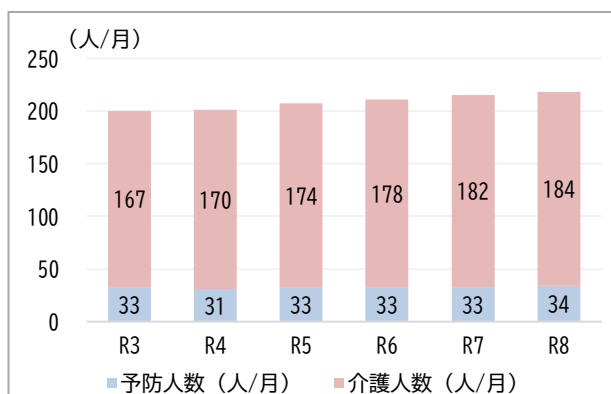
		実績値		見込値	計画値		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
予防 給付	人数(人/月)	1	1	1	1	1	1
	給付費(千円)	745	671	679	689	690	690
介護 給付	人数(人/月)	2	3	3	4	4	4
	給付費(千円)	3,976	6,573	7,200	7,086	7,095	7,095



### ⑭居宅介護支援・介護予防支援

「居宅介護支援(介護予防支援)」は、要介護者がサービス(施設を除く)を利用する際に、居宅サービス計画(ケアプラン)を作成します。

		実績値		見込値	計画値		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
予防 給付	人数(人/月)	33	31	33	33	33	34
	給付費(千円)	1,825	1,729	1,836	1,859	1,862	1,919
介護 給付	人数(人/月)	167	170	174	178	182	184
	給付費(千円)	28,070	29,220	30,042	31,145	31,865	32,191



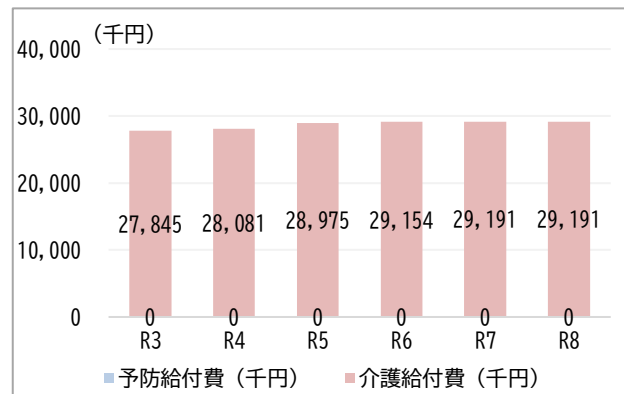
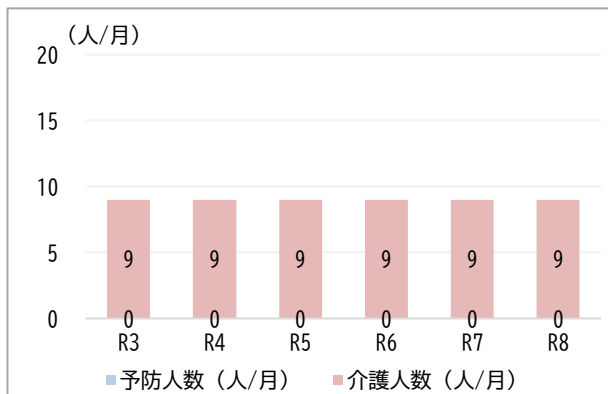
## (2) 地域密着型サービス

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認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

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

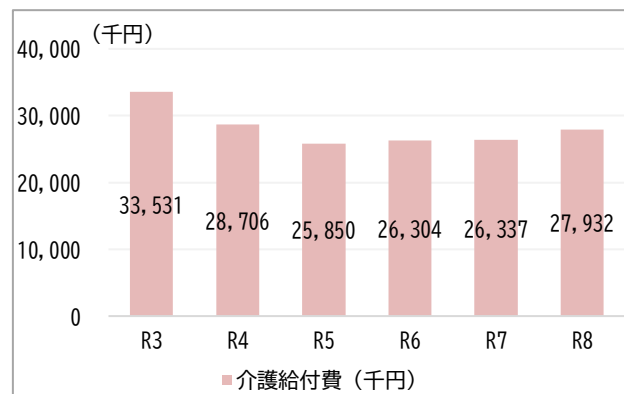
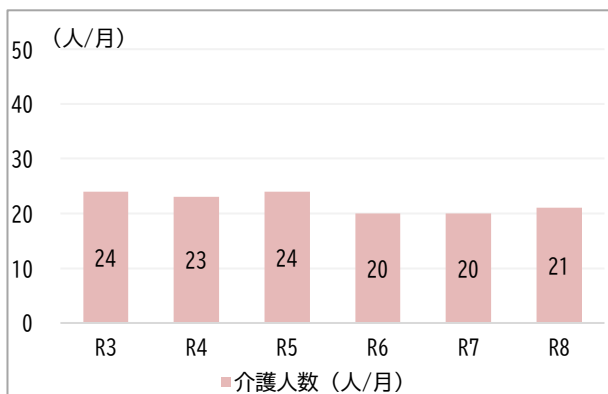
		実績値		見込値	計画値		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
予防 給付	人数（人/月）	0	0	0	0	0	0
	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
介護 給付	人数（人/月）	9	9	9	9	9	9
	給付費（千円）	27,845	28,081	28,975	29,154	29,191	29,191



### ②地域密着型通所介護

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

		実績値		見込値	計画値		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
介護 給付	人数（人/月）	24	23	24	20	20	21
	給付費（千円）	33,531	28,706	25,850	26,304	26,337	27,932



### (3) 施設サービス

施設介護サービスについては、県と連携して、介護保険事業（支援）計画に沿った適切な基盤整備に努めます。

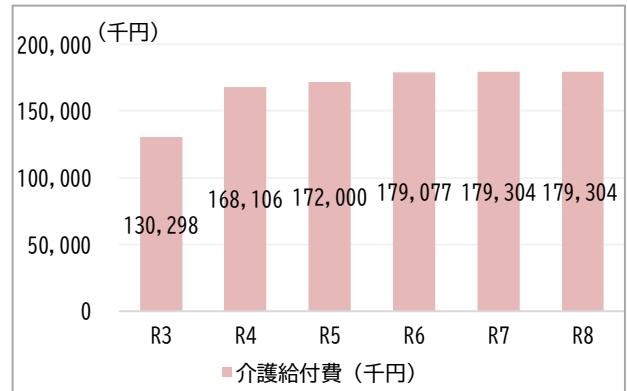
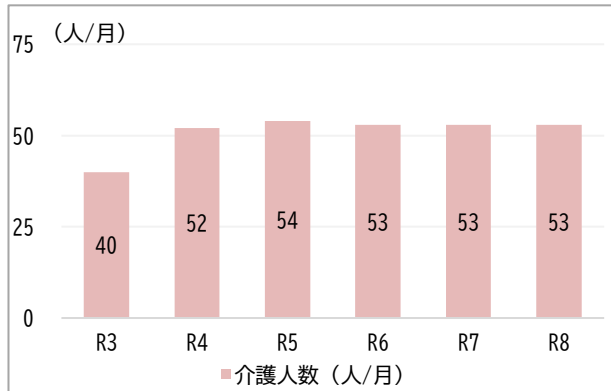
また、特別養護老人ホームの新規入所者については、中重度者への重点化が求められ、入所を原則要介護3以上とし、要介護1・2は特例的な対応が必要な場合に限るとされています。

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

#### ①介護老人福祉施設

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

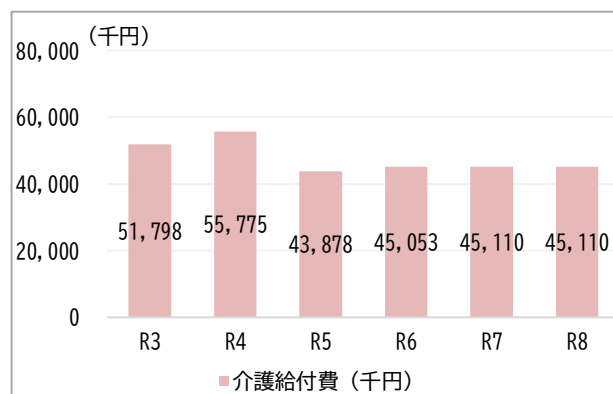
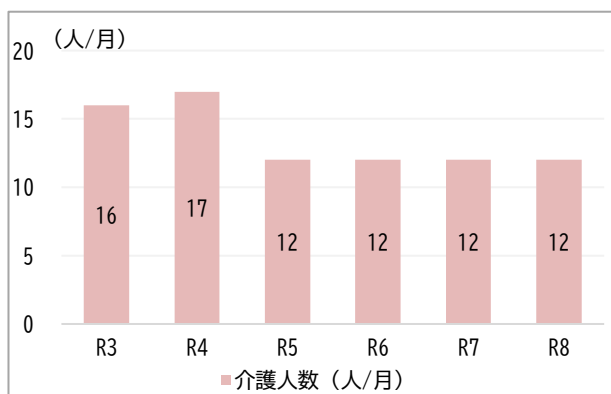
		実績値		見込値	計画値		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
介護 給付	人数（人/月）	40	52	54	53	53	53
	給付費（千円）	130,298	168,106	172,000	179,077	179,304	179,304



## ②介護老人保健施設

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

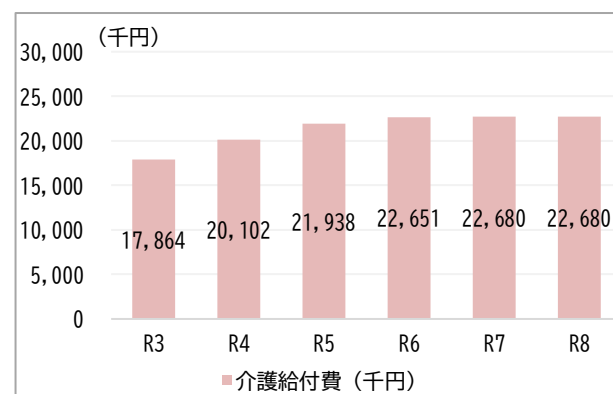
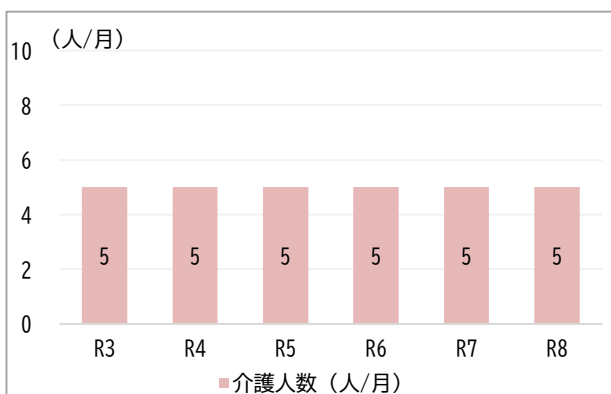
		実績値		見込値	計画値		
		R 3年度	R 4年度	R 5年度	R 6年度	R 7年度	R 8年度
介護 給付	人数 (人/月)	16	17	12	12	12	12
	給付費 (千円)	51,798	55,775	43,878	45,053	45,110	45,110



## ③介護医療院

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

		実績値		見込値	計画値		
		R 3年度	R 4年度	R 5年度	R 6年度	R 7年度	R 8年度
介護 給付	人数 (人/月)	5	5	5	5	5	5
	給付費 (千円)	17,864	20,102	21,938	22,651	22,680	22,680





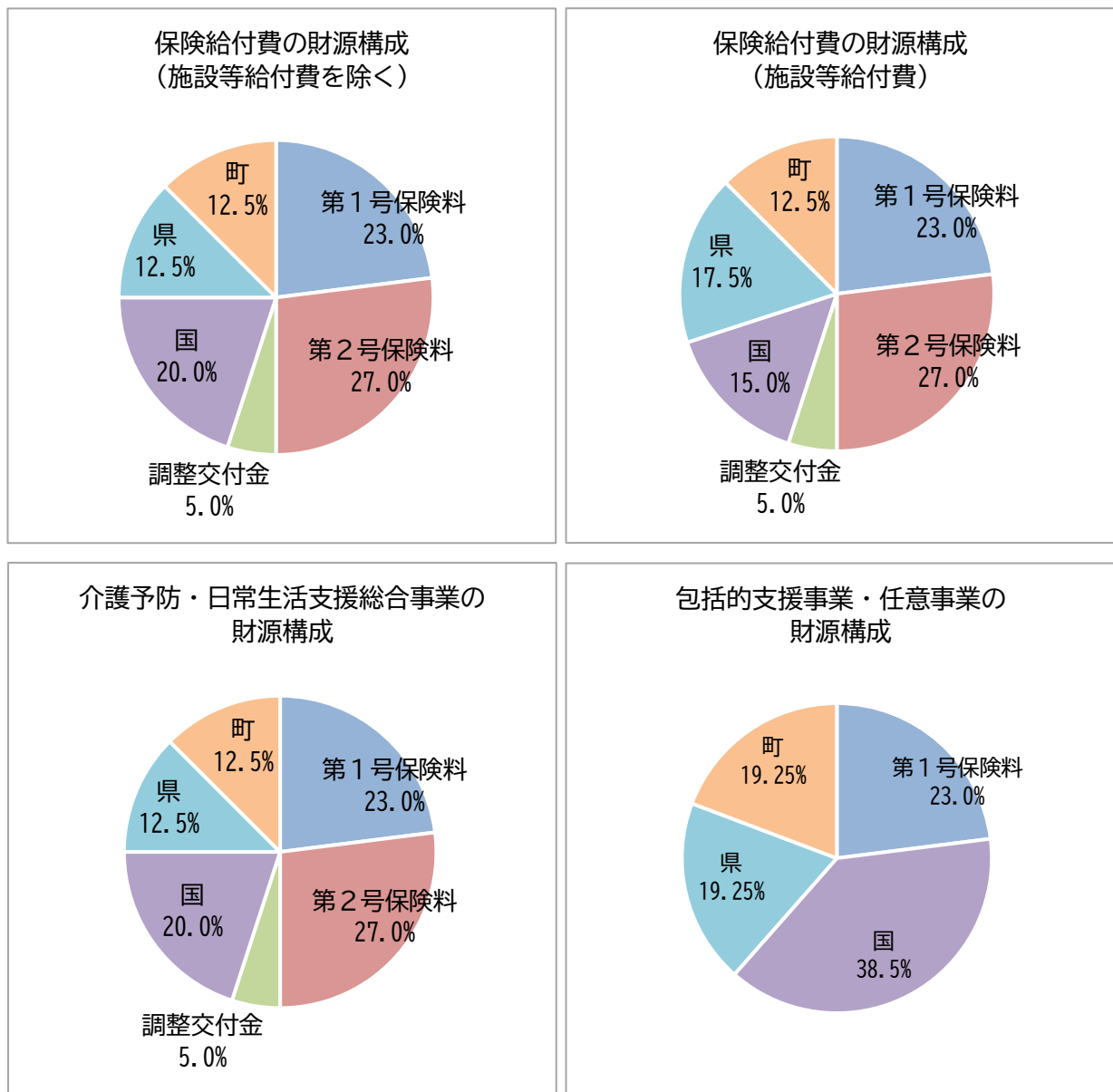
## 5 第9期介護保険料の算定

### (1) 事業費算出の流れ

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

また、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23.0%となります。



## (2) 事業費の見込み

### ■予防給付費

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

(単位：千円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
(1) 介護予防サービス	7,980	8,299	8,611
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	3,021	3,337	3,649
介護予防訪問リハビリテーション	1,207	1,208	1,208
介護予防居宅療養管理指導	0	0	0
介護予防通所リハビリテーション	552	553	553
介護予防短期入所生活介護	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（老健）	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	1,541	1,541	1,541
特定介護予防福祉用具購入費	302	302	302
介護予防住宅改修	668	668	668
介護予防特定施設入居者生活介護	689	690	690
(2) 地域密着型介護予防サービス	0	0	0
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0
(3) 介護予防支援	1,859	1,862	1,919
合計	9,839	10,161	10,530

## ■介護給付費

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

(単位：千円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
(1) 居宅サービス	276,619	279,486	283,504
訪問介護	52,822	53,958	54,429
訪問入浴介護	366	367	367
訪問看護	23,194	24,188	25,000
訪問リハビリテーション	256	256	256
居宅療養管理指導	4,724	4,907	4,995
通所介護	109,509	109,647	110,755
通所リハビリテーション	23,612	23,642	23,642
短期入所生活介護	36,368	36,414	37,790
短期入所療養介護(老健)	2,084	2,087	2,087
短期入所療養介護(病院等)	0	0	0
短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0
福祉用具貸与	14,486	14,813	14,976
特定福祉用具購入費	515	515	515
住宅改修費	1,597	1,597	1,597
特定施設入居者生活介護	7,086	7,095	7,095
(2) 地域密着型サービス	55,458	55,528	57,123
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0
地域密着型通所介護	26,304	26,337	27,932
認知症対応型通所介護	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	29,154	29,191	29,191
地域密着型特定施設入居者生活介護	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
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0
複合型サービス(新設)	0	0	0
(3) 施設サービス	246,781	247,094	247,094
介護老人福祉施設	179,077	179,304	179,304
介護老人保健施設	45,053	45,110	45,110
介護医療院	22,651	22,680	22,680
(4) 居宅介護支援	31,145	31,865	32,191
合計	610,003	613,973	619,912

## ■その他の給付費等の見込み

### ①標準給付費

	R 6年度	R 7年度	R 8年度
総給付費（円）	619,842,000	624,134,000	630,442,000
特定入居者介護サービス費等給付額（円）	24,839,657	25,150,541	25,290,266
高額介護サービス費等給付額（円）	14,294,222	14,475,957	14,556,568
高額医療合算介護サービス費等給付額（円）	2,216,176	2,240,868	2,265,561
算定対象審査支払手数料（円）	684,937	692,605	700,202
標準給付費見込額（円）	661,876,992	666,693,971	673,254,597

### ②地域支援事業費

#### ■介護予防・日常生活支援総合事業

	R 6年度	R 7年度	R 8年度
訪問介護相当サービス（円）	1,857,000	2,280,000	2,280,000
訪問型サービス A（円）	1,906,560	2,242,800	2,617,200
訪問型サービス B（円）	0	0	0
訪問型サービス C（円）	210,000	210,000	210,000
訪問型サービス D（円）	0	0	0
訪問型サービス(その他)（円）	0	0	0
通所介護相当サービス（円）	4,494,720	4,896,000	5,297,280
通所型サービス A（円）	6,000,000	6,000,000	6,000,000
通所型サービス B（円）	262,000	262,000	262,000
通所型サービス C（円）	0	0	0
通所型サービス(その他)（円）	4,000,000	4,000,000	4,000,000
栄養改善や見守りを目的とした配食（円）	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（円）	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（円）	0	0	0
介護予防ケアマネジメント（円）	190,000	190,000	190,000
介護予防把握事業（円）	500,000	500,000	500,000
介護予防普及啓発事業（円）	1,600,000	1,600,000	1,600,000
地域介護予防活動支援事業（円）	2,500,000	2,500,000	2,500,000
一般介護予防事業評価事業（円）	1,600,000	1,600,000	1,600,000
地域リハビリテーション活動支援事業（円）	430,000	430,000	430,000
上記以外の介護予防・日常生活総合事業（円）	20,000	20,000	20,000
介護予防・日常生活支援総合事業費（円）	25,570,280	26,730,800	27,506,480

■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

	R 6年度	R 7年度	R 8年度
包括的支援事業(地域包括支援センターの運営) (円)	10,700,000	10,700,000	10,700,000
任意事業 (円)	600,000	600,000	600,000
包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）及び任意事業 (円)	11,300,000	11,300,000	11,300,000

■包括的支援事業（社会保障充実分）

	R 6年度	R 7年度	R 8年度
在宅医療・介護連携推進事業 (円)	500,000	500,000	500,000
生活支援体制整備事業 (円)	9,300,000	9,300,000	9,300,000
認知症初期集中支援推進事業 (円)	4,500,000	4,500,000	4,500,000
認知症地域支援・ケア向上事業 (円)	4,500,000	4,500,000	4,500,000
認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業 (円)	900,000	900,000	900,000
地域ケア会議推進事業 (円)	100,000	100,000	100,000
包括的支援事業（社会保障充実分）	19,800,000	19,800,000	19,800,000

■地域支援事業費計

	R 6年度	R 7年度	R 8年度
介護予防・日常生活支援総合事業費 (円)	25,570,280	26,730,800	27,506,480
包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）及び任意事業費 (円)	11,300,000	11,300,000	11,300,000
包括的支援事業（社会保障充実分）(円)	19,800,000	19,800,000	19,800,000
地域支援事業費 (円)	56,670,280	57,830,800	58,606,480

③準備基金の残高と取崩額

	R 6～8年度
準備基金の残高（令和5年度末）(円)	60,030,467
準備基金取崩額（第9期）(円)	29,820,000

④市町村特別給付費等

	R 6年度	R 7年度	R 8年度
市町村特別給付費等 (円)	0	0	0

⑤保険者機能推進交付金等

	R 6～8年度
保険者機能推進交付金等 (円)	6,000,000

⑥予定保険料収納率

	R 6～8年度
予定保険料収納率 (%)	99.81%

### (3) 第1号被保険者の介護保険料基準額の算出

標準給付費見込額	2,001,825,560
+	
地域支援事業費	173,107,560
=	
介護保険事業費見込額	2,174,933,120
×	
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	500,234,618
+	
調整交付金相当額	104,081,656
-	
調整交付金見込額	166,298,000
+	
財政安定化基金償還金	0
-	
保険者機能強化推進交付金等	6,000,000
-	
準備基金取崩額	29,820,000
+	
市町村特別給付費等	0
=	
保険料収納必要額	402,198,274
÷	
予定保険料収納率	99.81%
÷	
所得段階別加入割合補正後第1号被保険者数(3年間)	5,416
=	
年額保険料	74,402
÷	
12か月	
=	
月額保険料(基準額)	6,200
(参考)前期の保険料(基準額)	5,900

#### (4) 所得段階に応じた保険料額の設定

第1号被保険者の介護保険料月額について所得段階区分、保険料負担割合等の見直しが行われ、第9期では以下の通り13の所得段階区分により設定します。また、保険料軽減強化策に基づく公費投入（国 1/2、県 1/4、町 1/4）により、低所得者層に配慮した設定を行います。（下線は保険料軽減策に基づくもの）

区分	対象者	負担割合	介護保険料 (月額)
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 ↓ <u>0.285</u>	2,821円 ↓ <u>1,767円</u>
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 ↓ <u>0.485</u>	4,247円 ↓ <u>3,007円</u>
第3段階	世帯全員が町民税非課税で上記以外の者	0.69 ↓ <u>0.685</u>	4,278円 ↓ <u>4,247円</u>
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	0.90	5,580円
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	1.00	6,200円
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	1.20	7,440円
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	1.30	8,060円
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	1.50	9,300円
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	1.70	10,540円
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	1.90	11,780円
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	2.10	13,020円
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	2.30	14,260円
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	2.40	14,880円

## (5) 第9期以降の将来推計

### ①第1号被保険者数

	令和12年度	令和22年度	令和32年度
65～74歳	667人	545人	506人
75～84歳	726人	578人	473人
85歳以上	445人	492人	414人
第1号被保険者数	1,838人	1,615人	1,393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	45人	43人	38人
	要支援2	26人	24人	21人
	要介護1	92人	95人	81人
	要介護2	72人	74人	64人
	要介護3	59人	62人	54人
	要介護4	47人	47人	39人
	要介護5	28人	26人	22人
	合計	369人	371人	319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	349,398千円	357,680千円	303,955千円
居住系サービス	39,341千円	41,706千円	39,341千円
施設サービス	275,342千円	274,763千円	235,344千円
合計	664,081千円	674,149千円	578,640千円

### ④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	92,544円	104,460円	112,836円
保険料基準額 (標準段階) 月額	7,712円	8,705円	9,403円



## 資料編

### 1 玉東町介護保険事業計画策定委員会設置要項

(設 置)

第1条 介護保険事業運営の基盤となる玉東町介護保険事業計画（以下「事業計画」という）の策定及び事業の推進に関し、被保険者及び町民の意見を事業計画に反映させ事業の円滑な推進に資することを目的として策定委員会を設置する。

(所掌事務)

第2条 委員会の所掌事務は次のとおりとする。

- (1) 玉東町介護保険事業計画の策定及び事業の推進に関すること。
- (2) その他事業計画の策定及び事業の推進に関し必要な事項。

(組 織)

第3条 委員会は委員20名以内をもって組織する。

2 委員は次に掲げる者のうちから町長が委嘱する。

- (1) 地域医師会代表
- (2) 学識経験者
- (3) 保健及び福祉関係団体代表
- (4) 被保険者及び町民の代表者
- (5) 関係行政機関の職員
- (6) その他町長が必要と認めた者

(任 期)

第4条 委員の任期は2年以内とする。ただし、欠員が生じた場合の補充委員の任期は前任者の残任期間とする。

(委員長及び副委員長)

第5条 委員会に委員長及び副委員長各1名を置く。

2 委員長及び副委員長は委員の互選によって定める。

3 委員長は会務を総理し委員会を代表する。

4 副委員長は委員長を補佐し委員長に事故あるとき、または委員長が欠けたときはその職務を代理する。

(会 議)

第6条 委員会の会議は委員長が招集し委員長がその議長となる。

(関係者の意見)

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

(庶 務)

第8条 委員会の庶務は保健介護課において処理する。

(委 任)

第9条 この要項に定めるもののほか必要な事項は委員長が別に定める。

附 則

この要項は公布の日から施行する。

## 2 玉東町介護保険事業計画策定委員会名簿

第9期（令和6年度～8年度）			
委託期間：令和5年8月28日から令和6年3月31日まで			
No.	氏名	要項第3条の区分	各機関代表・団体名
1	吉住 貞夫 (委員長)	(4)被保険者及び 町民の代表	厚生・文教・税務常任委員長
2	功刀 圭一	(4)被保険者及び 町民の代表	厚生・文教・税務常任副委員長
3	安成 英文	(1)地域医師会代表	地域医師会代表
4	徳永 博	(4)被保険者及び 町民の代表	1号被保険者代表
5	北島 義文 (副委員長)	(4)被保険者及び 町民の代表	2号被保険者代表
6	中尾 礼二	(4)被保険者及び 町民の代表	民生委員代表
7	山本 浩二	(3)保健及び福祉関係 団体代表	地域密着型施設代表
8	中嶋 範子	(3)保健及び福祉関係 団体代表	玉東町社会福祉協議会
9	阪本 真樹	(3)保健及び福祉関係 団体代表	玉東町社協ケアプランセンター
10	上田 直紹	(5)関係行政機関の職員	行政代表(町民福祉課長)
11	前田 周一	(5)関係行政機関の職員	行政代表(税務課長)
事務局長：保健介護課 清田 浩義、事業計画担当：松永 智恵美、伊牟田 英孝			

### 3 用語解説

あ行	
ICT (アイ・シー・ティー)	「Information and Communication Technology (情報通信技術)」の略で、通信技術を活用したコミュニケーションのこと。
アセスメント	事前評価、初期評価。一般的には環境分野において使用される用語であるが、介護分野においては、介護サービス利用者が直面している問題や状況の本質、原因、経過、予測を理解するために、援助活動に先立って行われる一連の手続きをいう。
eラーニングシステム	インターネット等の情報技術を利用した学習形態であり、厚生労働省が要介護認定適正化事業の一環として開発したもの。「全国テスト」及び教材・問題集による学習を実施することにより、認定調査員の調査能力の向上等を目的とする。
インフォーマルサービス	公的機関や専門職による介護保険制度に基づくサービスや支援（フォーマルサービス）以外の支援のこと。具体的には、家族、近隣、友人、民生委員、ボランティア、非営利団体（NPO）等の制度に基づかない援助等が挙げられる。
NPO (エヌ・ピー・オー)	英語の Non Profit Organization の略であり、「民間非営利組織」として利益配分をしない組織（団体）のこと。商業を目的としない公益活動に取り組み、官と民の間で「民間の手による公益活動の分野」を創造する。その活動分野としては保健福祉の増進、社会教育の推進、まちづくり、文化・芸術・スポーツの振興、環境保全、人権擁護、国際協力等の多方面にわたる。
MC I	英語の Mild Cognitive Impairment の略で、認知症の前の段階で認知機能の低下がみられる状態であるが、現状では認知症とされるほどではなく、日常生活に困難をきたすほどではない状態。
か行	
介護給付	要介護認定により要介護と判定された被保険者に対する保険給付。居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費、居宅介護福祉用具購入費、居宅介護住宅改修費、居宅介護サービス計画費、施設介護サービス費等について、保険給付が行われる。
介護支援専門員 (ケアマネジャー)	要支援者・要介護者からの相談に応じ、サービス利用にあたりその心身の状況に合わせて適切なサービスを利用できるよう、介護サービス計画を作成し、サービス提供者や施設等との連絡・調整を行う人材。
介護認定審査会	要支援・要介護認定の審査判定を行うために設置される市町村の附属機関。保健・医療・福祉の専門家により構成され、認定調査の結果や主治医意見書などを資料に、介護の要否やその程度及びその有効期間について審査及び判定を行う。また判定に際して、サービス提供上の留意事項等の意見を付すことができる。
介護予防ケアマネジメント	要介護状態になることの予防と悪化防止を図るため、要支援認定者等に対して、総合事業によるサービス等が適切に提供できるためのケアマネジメントをさす。
介護予防サポーター	介護予防の人材育成研修を修了した方。地域で行われる様々な介護予防活動を支える人材。

介護予防・日常生活支援総合事業	介護サービスの基盤強化のため地域支援事業の中に創設され、市町村の主体性を重視し、多様なマンパワーや社会資源の活用等を図りながら、要支援者等に対して介護予防や生活支援サービス等を市町村の判断・創意工夫により、総合的に提供できる事業。
課題整理総括表	介護保険サービス利用者の状況（移動、食事、社会との関わり等の約 20 項目）、支援が必要な状況等になった要因、改善・維持の可能性、自立した日常生活の阻害要因等を記載した総括表。情報の整理・分析等を通じて課題を導き出した過程について、多職種協働の場面等で説明する際に適切な情報共有をすることを目的として作成する。
通いの場	高齢者をはじめとする地域住民が主体となり、介護予防やフレイル予防等を目的とした、月 1 回以上の多様な活動の場や機会のこと。
基本チェックリスト	二次予防事業対象者を把握するための生活機能評価において用いられる調査票。介護の原因となりやすい生活機能低下の危険性がないかどうかという視点で、運動、口腔、栄養、物忘れ、うつ症状、閉じこもりなどの全 25 項目について、「はい／いいえ」で回答する。
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」を開催し、講師役を務めていただく人のこと。キャラバン・メイトになるためには所定のキャラバン・メイト研修を受講し登録する必要がある。
ケアプラン	要支援者・要介護者がサービスを適切に利用するため、その希望をとり入れて作成されるサービス計画。サービスが効率的・計画的に提供されるよう目標設定や利用するサービスの種類、提供内容を具体的に決定し、それに基づいてサービスが提供される。計画は利用者の状態の変化に応じ、適宜変更される。
ケアマネジメント	要支援者・要介護者が適切なサービスを受けられるようにケアプランを作成し、必要なサービスの提供を確保する一連の管理・運用のこと。ケアが必要な人が、常に最適なサービスを受けられるよう、さまざまな社会資源を組み合わせ調整を行う。
KDB（ケイ・ディー・ビー）システム	国民健康保険中央会が「特定健診・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る情報を利活用して保険者向けに統計情報等を提供し、保険者の効率的・効果的な保健事業の実施をサポートするために開発されたシステム。
権利擁護	自らの意思を表示することが困難な知的障害者や認知症高齢者等に代わって、援助者等が代理としてその権利やニーズの獲得を行うこと。
高額介護サービス費	所得に応じて一定額を超えた分の自己負担があった場合に、その超えた分を申請することにより高額介護サービス費として支給される制度。
高額医療合算 介護サービス費等給付額	高額医療・高額介護合算療養費制度は、医療費の負担と介護費の両方の自己負担額が一定額以上になったときに、超過分を保険給付から支給するもので平成 20 年 4 月から設けられた制度。

さ行	
サービス付き高齢者住宅	平成 23 年 5 月の「高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者住まい法）」の改正により創設された高齢者単身・夫婦世帯が居住できる賃貸等の住まい。
重層的支援体制整備事業	既存の介護、障がい、子ども子育て支援、生活困窮の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の複雑・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援を一体的に実施するもの。
主任ケアマネジャー (主任介護支援専門員)	ケアマネジャーの上位資格。介護保険サービスや他の保健・医療サービスを提供する者との連絡調整、他のケアマネジャーに対する助言・指導などを行う。
生活支援協議体	市町村が主体となり、各地域におけるコーディネーターと生活支援・介護予防サービスの提供主体等が参画し、定期的な情報共有及び連携強化の場として、中核となるネットワークのこと。
生活支援コーディネーター	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、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能（主に資源開発やネットワーク構築の機能）を果たす人材。
生活習慣病	「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群」と定義され、代表的な病気としては、虫歯、歯周病、骨そしょう症、アルコール性肝疾患、肥満症、痛風（高尿酸血症）、高血圧症、糖尿病、高脂血症、心臓病、脳卒中、がんなどがある。
成年後見制度	認知症、知的障がい、精神障がい等によって判断能力が十分でない人について、権利を守る援助者（家庭裁判所より選任された成年後見人等）を選ぶことで、法律的に支援する制度。
た行	
団塊の世代	昭和 22 年から昭和 24 年までの 3 年間にわたる第一次ベビーブームに出生した人々をさす。この世代の人が高齢者になる時期を迎え、様々な社会的影響が予測される。
団塊ジュニア世代	昭和 46 年から昭和 49 年までに生まれた世代をさす。最多は昭和 48 年出生の 210 万人で、団塊の世代の最多である昭和 24 年出生の 270 万人より少し少ない。第二次ベビーブーム世代とも呼ばれる。
地域ケア会議	地域包括ケアシステムの実現に向け多職種協働で高齢者個人に対する支援の充実とそれを支える社会基盤の整備を同時に図っていくための手法又は協議体。
地域支援事業	高齢者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態になった場合においても可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援する事業。
地域資源	地域住民を支えるための関係機関や専門職、あるいは地域のボランティア等、人的・物的な様々な資源。
地域包括ケアシステム	高齢者や障がい者等、何らかの支援を必要とする人が、身近な地域で生涯を安心して暮らしていけるよう、保健・医療・福祉・介護等の社会資源やマンパワー（人材活力）を広く活用し、支援を要する人を地域社会全体で支える仕組み。

地域包括支援センター	保健師又は経験のある看護師、主任ケアマネジャー及び社会福祉士を置き、介護予防ケアマネジメント、総合相談・支援、権利擁護事業、包括的・継続的ケアマネジメント等を業務として介護保険法に規定された機関。地域包括支援センターは、生活圏域を踏まえて設置され、市町村又は市町村が委託した法人が運営する。
地域マネジメント	「地域の実態把握・課題分析を通じて地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返し行うことで目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組
調整交付金	介護保険財政において、第1号被保険者のうち75歳以上である者の割合（後期高齢者加入割合）及び所得段階別被保険者割合の全国平均との格差により生じる保険料基準額の格差調整のために国から交付されるもの。
な行	
2025年問題	昭和22年から昭和24年までに出生したいわゆる「団塊の世代」が後期高齢者（75歳）の年齢に達し、医療や介護などの社会保障費の急増が懸念される問題のこと。
2040年問題	昭和46年から昭和49年までに出生したいわゆる「団塊ジュニア世代」が65歳に達し、65歳以上の高齢者の人口がピークになることで起こりうる労働力不足や年金・医療費などの社会保障費が増大することが懸念される問題のこと。
認知症ケアパス	認知症の人とその家族が、地域の中で本来の生活を営むために、認知症の人と家族及び地域・医療・介護の人々が目標を共有し、それを達成するための連携の仕組みであり、認知症ケアパスの概念図を作成することは、多職種連携の基礎となる。
認知症サポーター	認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守る応援者として日常生活の中での支援をする人のこと。何かを特別に行うというのではなく、友人や家族にその知識を伝え、隣人として、あるいは商店街、交通機関等、まちで働く人として活動を行う。
認知症疾患医療センター	認知症の早期発見・診療体制の充実、医療と介護の連携強化、専門医療相談の充実を図ることを目的とした医療機関。
認知症初期集中支援チーム	家族等の訴えにより、医療・介護の専門職が複数で認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、初期の支援を包括的・集中的（おおむね6か月）に行い、自立した生活のサポートを行うチーム。
認知症地域支援推進員	認知症の人が、できる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、関係機関の連携支援のほか、認知症施策や事業の企画調整等を行う者。
認定調査員	要介護認定申請を受けて、被保険者宅（あるいは入院・入所先）を訪問し、被保険者本人との面接により、その心身の状況や置かれている環境について調査（認定調査）を行う者。調査の結果は、介護認定審査会における審査・判定の資料となる。

は行	
バリアフリー	障がい者が社会生活をしていくうえで、障壁（バリア）となるものを取り除くという意味。段差などの物理的バリアを取り除くだけでなく、より広い意味で障がいのある人の社会参加を困難にしている社会的、物理的、心理的なバリアを取り除いていくことにも用いられる。
被保険者	介護保険に加入している本人をいう。介護保険制度においては、①市町村の区域内に住所を有する 65 歳以上の人（第 1 号被保険者）、②市町村の区域内に住所を有する 40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者（第 2 号被保険者）を被保険者としている。
フレイル	高齢期に病気や老化などによる影響を受けて、心身の活力（筋力や認知機能など）を含む生活機能が低下し、将来要介護状態となる危険性が高い状態のこと。
保険者機能強化推進交付金 保険者努力支援交付金	自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県のよう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、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を支援する交付金。
や行	
有料老人ホーム	食事提供などの日常生活上必要なサービスを提供する高齢者向けの賃貸住宅。
予防給付	要介護認定により要支援と判定された被保険者に対する保険給付。介護給付と比べると、訪問介護（ホームヘルプ）、通所介護（デイサービス）、施設サービス、一部の地域密着型サービスなどが給付対象にならない点で異なる。
ら行	
リハビリテーション専門職	理学療法士及び作業療法士法による国家資格を持ち、医師の指示により、身体または精神に障害のある人に対して、手芸、工作、歌、ダンス、ゲームなどの作業療法によってリハビリテーションを行う専門技術者や、身体機能の回復を電気刺激、マッサージ、温熱その他理学的な手段で行う専門技術者等。

---

---

第 9 期玉東町高齢者福祉計画・  
介護保険事業計画

---

令和6年3月

発行・編集

玉東町 保健介護課

〒869-0303 熊本県玉名郡玉東町大字木葉372番地

ふれあいの丘 保健センター内

T E L 0968-85-6557 F A X 0968-85-6554

---

---





