

目次

第1章 計画の策定にあたって

1 計画策定の背景と趣旨	2
2 計画の性格と法的根拠	2
3 計画の位置づけ	3
4 計画の期間	3
5 日常生活圏域の設定	3
6 住民の意見の反映	4
7 計画の推進	4
8 計画の達成状況の点検と評価方法	4

第2章 高齢者を取り巻く現状と課題

1 高齢者の現状	6
2 要介護・要支援認定者の現状	7
3 介護保険サービス等の実施状況	9
4 介護予防・日常生活圏域二一ズ調査の概要	10
5 在宅介護実態調査の概要	16
6 本町における課題の整理	20

第3章 将来推計

1 人口と高齢化率の推計	22
2 要介護・要支援認定者の推計	23
3 認知症高齢者の推計	23

第4章 計画の基本理念と基本目標

1 基本理念	26
2 基本目標	27
3 地域共生社会の実現に向けた地域包括ケアシステムの深化・推進	28
4 自立支援と介護予防・重度化防止の取組の推進	29

第5章 高齢者施策の展開

1 ずっとみんなでささえあうまちづくり	32
2 ずっと安心して暮らせるまちづくり	38
3 ずっと元気にいきいきと暮らせるまちづくり	43

第6章 介護保険事業の円滑な運営

1 保険者機能の強化	48
2 介護給付の適正化に向けた取組の推進（津奈木町介護給付適正化計画）	49

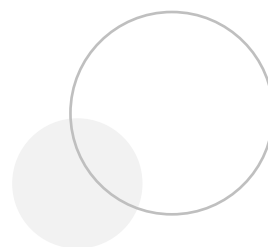
第7章 地域支援事業の推進

1 介護予防・日常生活支援総合事業.....	54
2 包括的支援事業.....	55
3 包括的支援事業(社会保障充実分).....	56
4 任意事業の推進.....	58
5 地域支援事業の計画的な推進.....	58

第8章 介護保険事業量の見込み及び保険料の設定

1 被保険者の推計.....	60
2 介護保険サービスの整備方針.....	61
3 介護給付費対象サービスの見込み.....	62
4 介護サービス給付費・見込み量の推計.....	64
5 第8期保険料の算定.....	67
6 計画の推進に向けて.....	72

資料編.....	73
----------	----



第1章 計画の策定にあたって

1 計画策定の背景と趣旨

津奈木町（以下「本町」という。）の総人口は減少傾向にあり、令和2年の時点で4,467人となっています。今後、65歳以上の高齢者人口も令和6年をピークに減少段階に突入する見込みとなっており、年少人口、生産年齢人口、高齢者人口の3区分すべての人口が減少していく予測となっています。

このような中、第7期計画では、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図ってきました。また、平成29年4月1日からは、介護予防・日常生活支援総合事業を開始し、その効果は調査等における各種生活機能リスクの減少にも現れています。

これからの地域のあり方として、制度・分野の枠や、「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、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もち、助け合いながら暮らしていくことのできる「地域共生社会」の実現が求められています。

津奈木町高齢者保健福祉計画及び第8期介護保険事業計画（以下、本計画という。）は、「地域共生社会」の考え方を踏まえ、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年（2040年）も見据えながら、介護保険事業の円滑な実施を図るとともに、地域包括ケアシステムを推進していくための計画として策定します。

2 計画の性格と法的根拠

本計画は、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の8の規定に基づく「老人福祉計画」と、介護保険法（平成9年法律第123号）第117条第1項の規定に基づく「介護保険事業計画」を一体的に策定した計画です。

老人福祉法 第20条の8	市町村は、老人居宅生活支援事業及び老人福祉施設による事業（以下「老人福祉事業」という。）の供給体制の確保に関する計画（以下「市町村老人福祉計画」という。）を定めるものとする。
介護保険法 第117条第1項	市町村は、基本指針に即して、三年を一期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画（以下「市町村介護保険事業計画」という。）を定めるものとする。

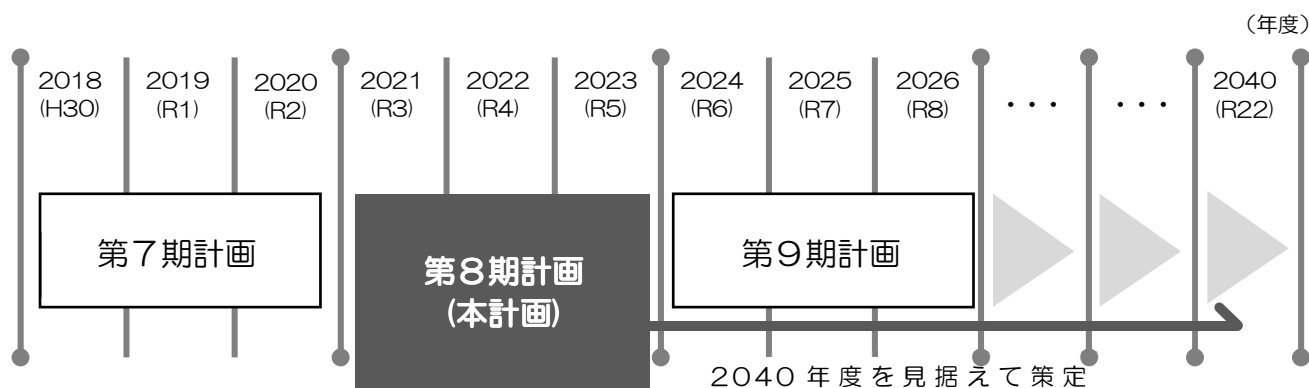
3 計画の位置づけ

本計画は、第9期津奈木町振興計画後期基本計画及び本町の各種個別事業計画と調和のとれた計画としていきます。また、県が策定する高齢者福祉計画や保健医療計画、地域医療構想との整合性を図りながら策定しています。

さらに本計画を、本町の特性を活かした地域包括ケアシステムを深化・推進していくことを目指すための「津奈木町地域包括ケア計画（令和3年度～令和5年度）」並びに、介護給付等に要する費用の適正化を推進するための「津奈木町介護給付適正化計画（令和3年度～令和5年度）」として位置づけ、一体的な計画とします。

4 計画の期間

介護保険法第117条第1項の規定に基づき、令和3年度（2021年度）から令和5年度（2023年度）までの3年間を計画期間とします。



5 日常生活圏域の設定

介護保険制度においては、市町村全体を単位として個々の施設を整備する「点の整備」ではなく、身近な生活圏域にさまざまなサービス拠点が連携する「面の整備」が求められています。日常生活圏域とは、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、公的介護施設等の整備状況、その他の条件を総合的に勘案して、本町が定める必要があります。本町においては、これまで町内全域を日常生活圏域として設定し、地域密着型サービスを中心とした介護基盤の整備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つの圏域として設定し、地域包括ケアシステムの構築を図っていきます。

6 住民の意見の反映

■調査の実施

計画の策定に先立ち、国の基本指針等に基づく「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」及び「在宅介護実態調査」を実施し、施策の検討を行うための基礎資料としました。

■計画策定に関する審議

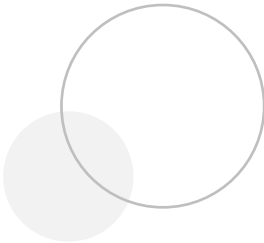
津奈木町高齢者保健福祉推進委員会において慎重な審議を重ね、本計画を策定しました。

7 計画の推進

計画の推進にあたっては、ほけん福祉課を中心に、町内関係部、関係機関、関係者等が連携して各種施策及び事業を推進していきます。また、地域包括ケアシステムの早期実現を目指し、住民をはじめ各種団体、事業者、地域等との協働により計画を推進していきます。

8 計画の達成状況の点検と評価方法

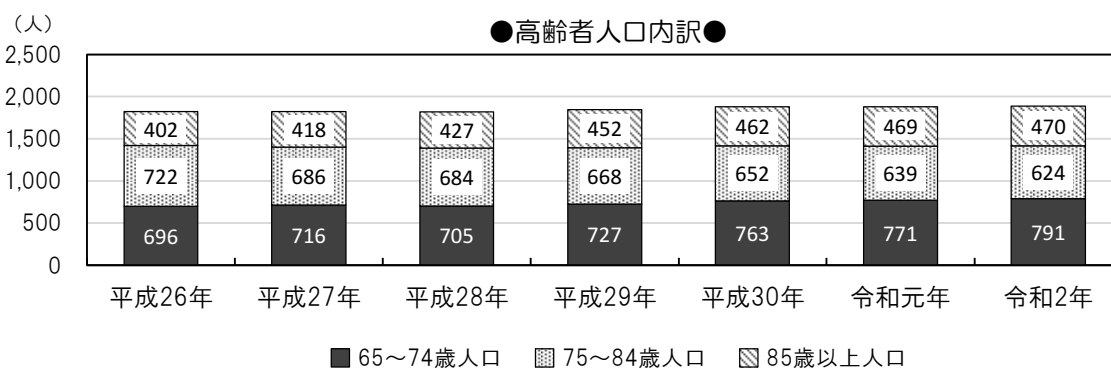
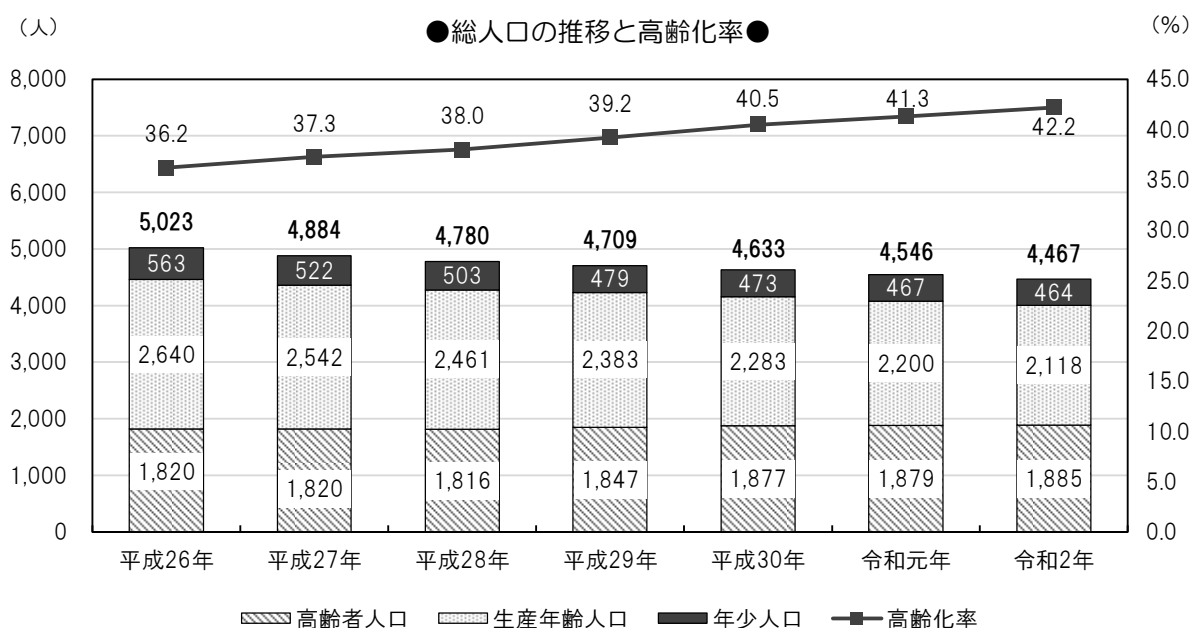
本計画の着実な推進のため、津奈木町高齢者保健福祉推進委員会において、毎年度実績の把握、分析、評価を行い、必要があると認めるときは、計画の変更、見直しなどの措置を講じます。また、地域包括支援センター運営協議会などの各種会議においても、事業内容やその効果について検討を進めていきます。



第2章 高齢者を取り巻く現状と課題

1 高齢者の現状

本町の総人口は減少傾向にあり、令和2年現在では4,467人となっています。一方、65歳以上の高齢者人口は、年々増加を続けており、令和2年10月1日時点では1,885人となっており、高齢化率は42.2%となっています。また、高齢者内訳をみると、65～74歳人口と85歳以上人口が増加しています。



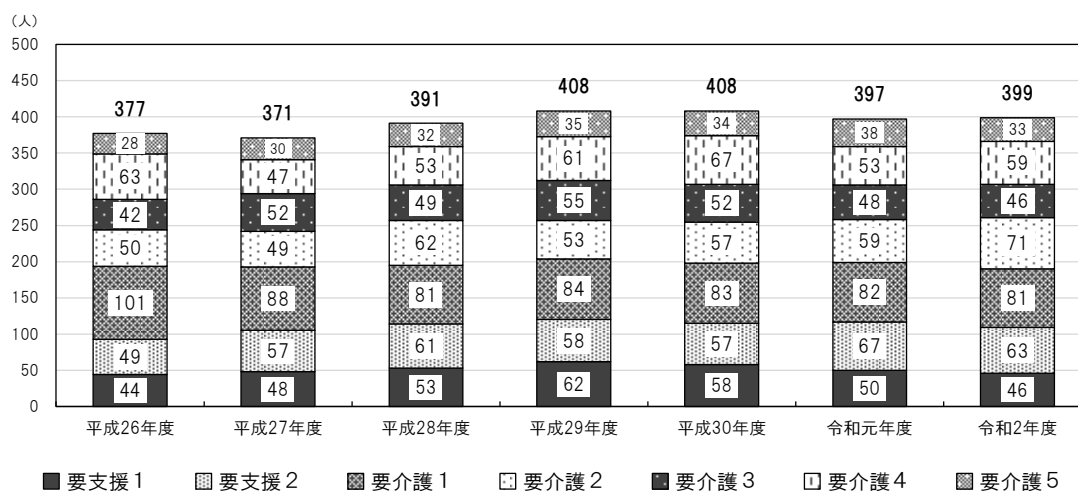
	平成 26 年	平成 27 年	平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年	令和元年	令和 2 年
年少人口 (人)	563	522	503	479	473	467	464
生産年齢人口 (人)	2,640	2,542	2,461	2,383	2,283	2,200	2,118
高齢者人口 (人)	1,820	1,820	1,816	1,847	1,877	1,879	1,885
総人口 (人)	5,023	4,884	4,780	4,709	4,633	4,546	4,467
高齢化率 (%)	36.2	37.3	38.0	39.2	40.5	41.3	42.2

資料：住民基本台帳人口（各年10月1日時点）

2 要介護・要支援認定者の現状

(1) 要介護・要支援認定者数

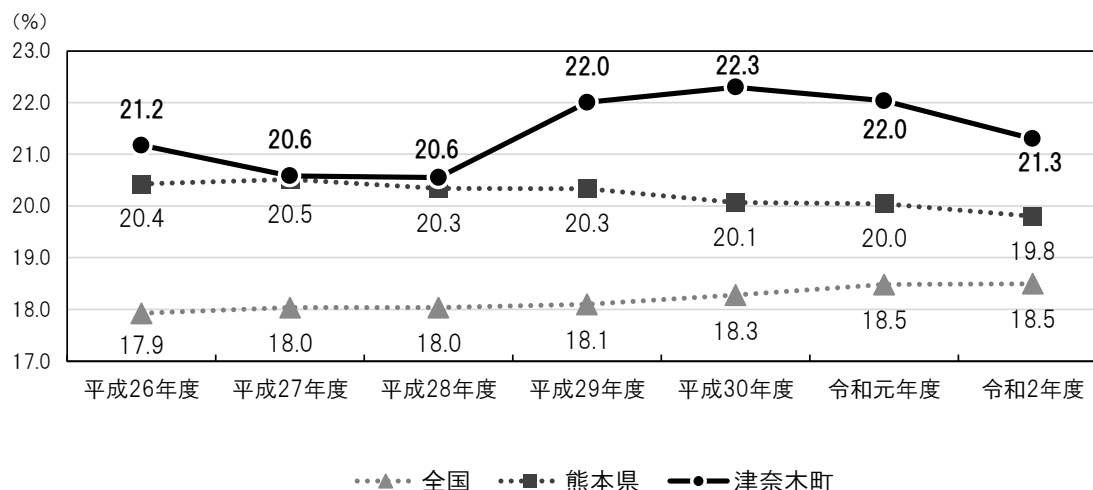
本町の要介護・要支援認定者数は平成 26 年、平成 27 年と減少傾向にありましたが、平成 29 年には 20 人増加し、現在は 400 人前後でほぼ横ばいになっています。



資料：介護保険事業状況報告（各年度末時点・令和 2 年のみ 9 月末時点）

(2) 要介護・要支援認定率（全国や熊本県平均との比較）

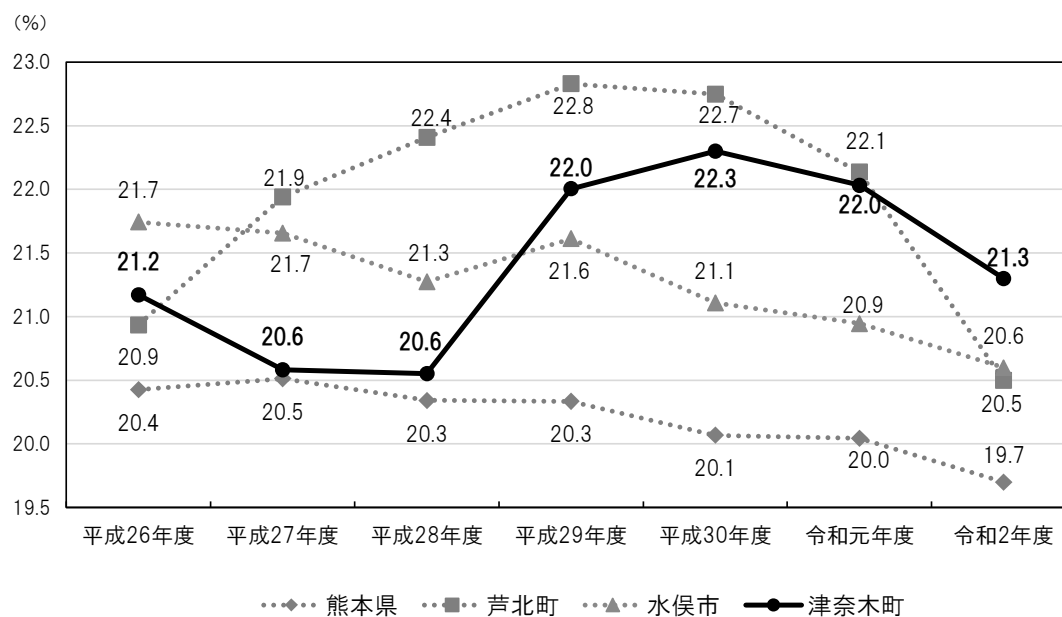
本町の要介護・要支援認定率は全国や熊本県の平均と比べて高い水準で推移しています。特に、平成 29 年以降は 22% 台となり、国や県との差が大きくなっています。



資料：介護保険事業状況報告（各年度末時点・令和 2 年のみ 9 月末時点）

(3) 要介護・要支援認定率（芦北圏域での比較）

本町の近年の認定率を芦北圏域で比較すると、平成 29 年以降は芦北町に次いで高くなっていますが、令和 2 年 9 月末時点には 21.3%と芦北圏域で最も高くなっています。

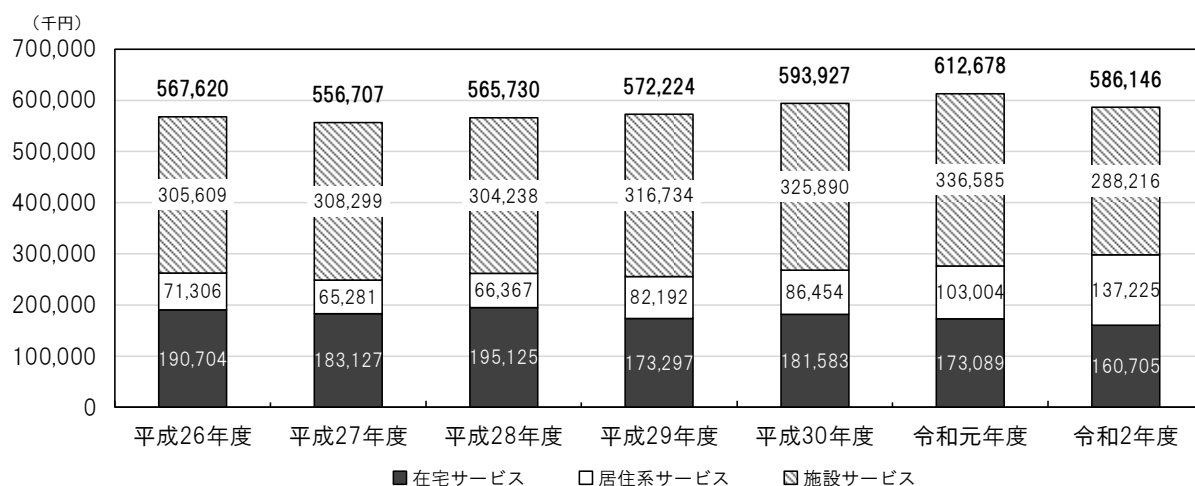


資料：介護保険事業状況報告(各年度末時点・令和 2 年のみ 9 月末時点)

3 介護保険サービス等の実施状況

(1) 介護保険サービス費用額

本町の介護保険サービスの費用額は、ほぼ横ばいとなっており、令和2年度は約 5.8 億円となる見込みとなっています。



※端数処理により各サービスの合計と合計費用額は一致しません

資料：介護保険事業状況報告(各年度末時点・令和2年度のみ9月末時点からの見込み)

4 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の概要

(1) 調査の概要

■調査の目的

本調査は、地域課題の整理・分析をすることにより、ニーズ量等を明らかにし本計画の策定のための基礎資料とすることを目的に実施しました。

■調査の概要

▼調査対象：令和2年2月1日現在、在宅で暮らす65歳以上の方（要介護1から要介護5の介護認定を受けられている方を除く）1,590名

▼調査期間：令和2年2月22日～令和2年3月8日

▼調査方法：郵送による配布、回収

▼回収率：下表参照

配布数(A)	有効回収票数 (B)	回収率 $\frac{(B)}{(A)}$
1,590	1,237	77.8%

(2) 調査結果（生活機能の評価）

本町の抱える課題を特定することを目的として、本調査の結果をもとに、要介護状態になるリスクの発生状況を算出しました。

運動機能と転倒のリスクでは、加齢に伴いリスクが高くなる傾向があります。前回調査と比較すると、5 項目いずれにおいてもリスクのある高齢者の割合は減少しています。運動機能の低下は外出を控え、社会とのつながりが希薄となるきっかけにもなります。健康寿命延伸の観点からも、運動機能の向上を図ることが求められます。

低栄養と口腔機能のリスクでは、低栄養では 85 歳以上で増加する傾向があり、口腔機能では咀嚼機能の低下が 85 歳以上で増加傾向、口腔機能の低下でも加齢に伴い高くなる傾向があります。前回調査と比較すると、前回は算出されている「低栄養の傾向」「半年前と比べて咀嚼力低下」「歯の本数（自分の歯が 19 本以下）」の項目におけるリスクのある高齢者の割合は減少しています。口腔機能の低下が原因で食事量が低下すると、栄養やエネルギーを十分にとることができず、筋肉量の減少や低栄養となり、さらに食欲が落ちる悪循環となる可能性があります。

閉じこもり、認知機能、うつリスクでは、前回調査と比較すると「孤食（月数回以下）※」で増加、「気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになる」が微増しています。そのほかの項目ではリスクのある高齢者は減少していますが、今後、近年の新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響などにより、心身ともに活力が低下してしまい、再び増加してしまう可能性があります。適切な感染症対策を講じながら、閉じこもり、認知機能、うつ傾向を減少させていくことが重要です。

※孤食（月数回以下）：「どなたかと食事をとる機会がありますか」の問いに対し、「月に数回ある」「年に何度かある」「ほとんどない」と回答した割合の合計で、一人で食事をとることの多い高齢者の割合を示しています。

●生活機能の評価項目ごとの調査結果●

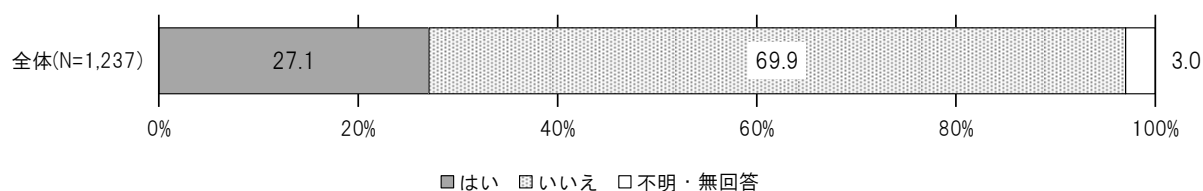
生活機能	リスク要因	該当率 (全体)	H29 該当率	特徴
運動機能	階段昇降時に 手すりや支えが必要	22.2%	27.5%	女性が男性を上回り、加齢に伴い高くなる傾向にある。 男性 5.6～40.9%、女性 8.5～54.7%。 男性全体平均は 15.3%、女性全体平均は 27.5%。
	立ち上がりに 支えが必要	16.6%	22.5%	加齢に伴い高くなる傾向にある。 男性 2.1～27.3%、女性 7.3～47.9%。 男性全体平均は 10.4%、女性全体平均は 21.7%。
	15 分歩行できない	13.4%	17.7%	男性 4.2～31.8%、女性 6.3～31.6%。 男性全体平均では 11.9%、女性全体平均では 14.7%。
	転倒経験あり	35.3%	42.8%	加齢に伴い高くなる傾向にある。 男性 24.3～53.1%、女性 22.5～44.5%。 男性全体平均は 35.4%、女性全体平均は 34.7%。
	転倒への不安あり	56.6%	59.5%	加齢に伴い高くなる傾向にある。 どの年代も女性が男性を大きく上回る。 男性 31.2～63.6%、女性 51.5～82.9%。 男性全体平均は 44.1%、女性全体平均は 65.7%。

生活機能	リスク要因	該当率 (全体)	H29 該当率	特徴
転倒	転倒経験あり			(再掲)
	転倒への不安あり			(再掲)
低栄養	低栄養の傾向	7.1%	8.7%	男女ともに 85 歳以上で増加。 男性 2.1～12.1%、女性 3.5～12.8%。 男性全体平均は 6.0%、女性全体平均は 7.8%。
	低栄養状態	1.5%		男女ともに 85 歳以上で増加。 男性 0～6.1%、女性 0～3.4%。 男性全体平均は 2.1%、女性全体平均は 1.0%。
口腔機能	半年前と比べて 咀嚼力低下	33.7%	38.1%	男女ともに 85 歳以上で増加。 男性 27.8～50.0%、女性 21.2～50.4%。 男性全体平均は 33.9%、女性全体平均は 33.7%。
	口腔機能の低下	23.4%		加齢に伴い高くなる傾向にある。 男女ともに 85 歳以上で急増。 男性 16.0～36.4%、女性 12.7～33.3%。 男性全体平均は 23.5%、女性全体平均は 23.7%。
	歯の本数 (自分の歯が 19 本以下)	54.8%	57.9%	19 本以下かつ入れ歯なしは 9.9%。 男性 51.5～68.2%、女性 48.5～60.7%。 男性全体平均は 55.0%。女性全体平均は 54.9%。
閉じこもり	外出は週 1 回 またはそれ以下	22.6%	24.2%	どの年代も女性が男性を上回る。 男女ともに 80 歳以上で急増。 男性 9.0～31.8%、女性 16.9～42.7%。 男性全体平均は 17.1%、女性全体平均は 26.4%。
	昨年より 外出回数が減少	27.5%	28.6%	加齢に伴い高くなる傾向にある。 男性 10.4～42.4%、女性 16.9～53.0%。 男性全体平均は 22.6%、女性全体平均は 30.8%。
	孤食 (月に数回以下)	36.6%	21.2%	男性は 85 歳以上で急増。 男性 30.2～48.4%、女性 27.8～42.7%。 男性全体平均は 35.8%、女性全体平均は 37.5%。
認知機能	物忘れが多い	39.6%	48.2%	どの年代も女性が男性を上回る。 男性 28.5～47.0%、女性 30.9～58.1%。 男性全体平均は 34.8%、女性全体平均は 43.0%。
うつ	気分が沈んだり、 ゆううつになる	35.5%	34.6%	男性は 85 歳以上で急増。 男性 26.0～47.0%、女性 31.6～41.7%。 男性全体平均は 33.1%、女性全体平均は 37.4%。
	興味がわかない、 心から楽しめない	21.3%	23.6%	性別・年代別による差は小さい。 男性 16.7～28.8%、女性 17.9～23.9%。 男性全体平均は 20.9%、女性全体平均は 21.5%。

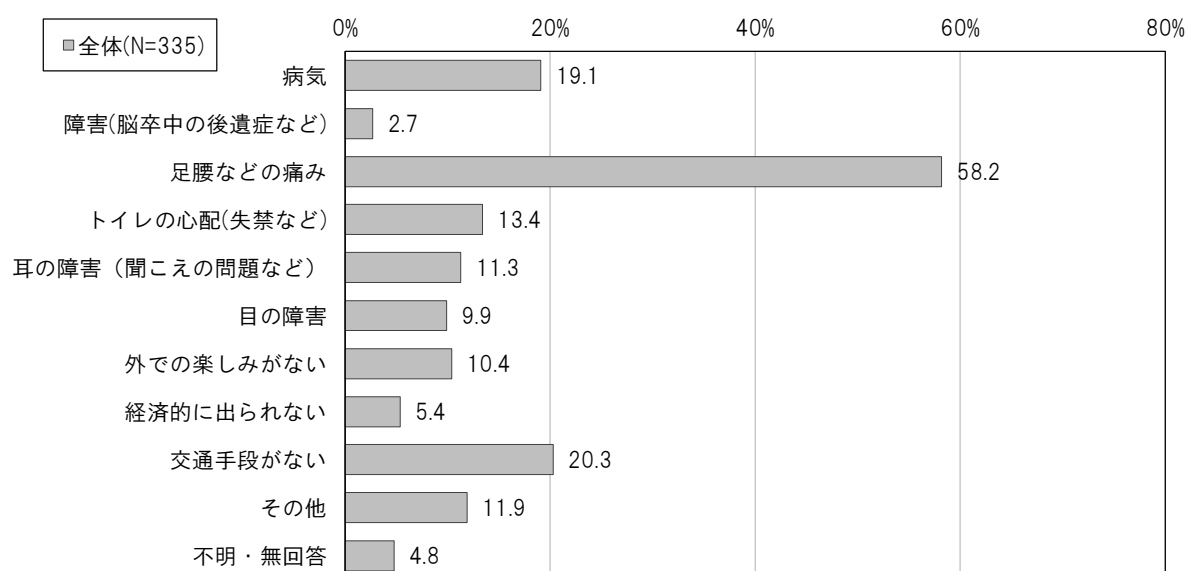
(3) 調査結果(その他)

●外出を控えているか

27.1%が「はい(外出を控えている)」と答えています。また、外出を控えている理由をみると、「足腰などの痛み」が58.2%と最も高く、「交通手段がない」「病気」が続いています。足腰などの痛みが原因で外出回数が減少すると、要介護状態や将来的に寝たきり生活になる可能性があります。

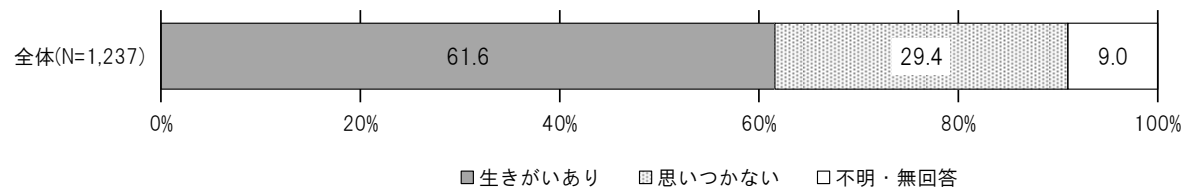


●外出を控えている理由（外出を控えていると答えた方のみ）



●生きがいの有無

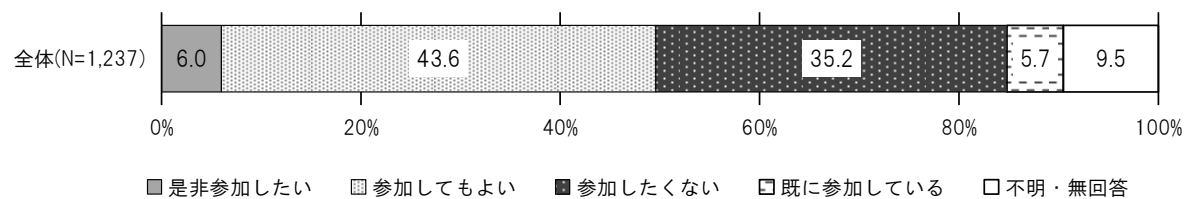
全体のうち、「思いつかない」の割合が29.4%となっています。



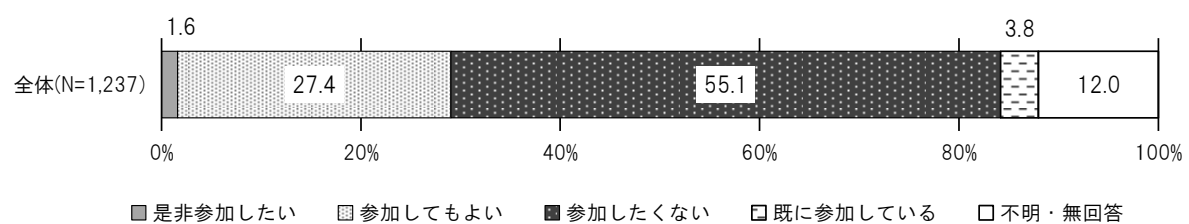
●地域づくりの場への参加意向

「是非参加したい」「参加してもよい」をあわせた「参加意向あり」の割合は、参加者としては49.6%、企画・運営としては29.0%となっています。今後、参加意向のある住民を活動に結び付けていくことで、地域内での持続可能な元気づくりの場をさらに構築していくことが重要です。

<参加者として>

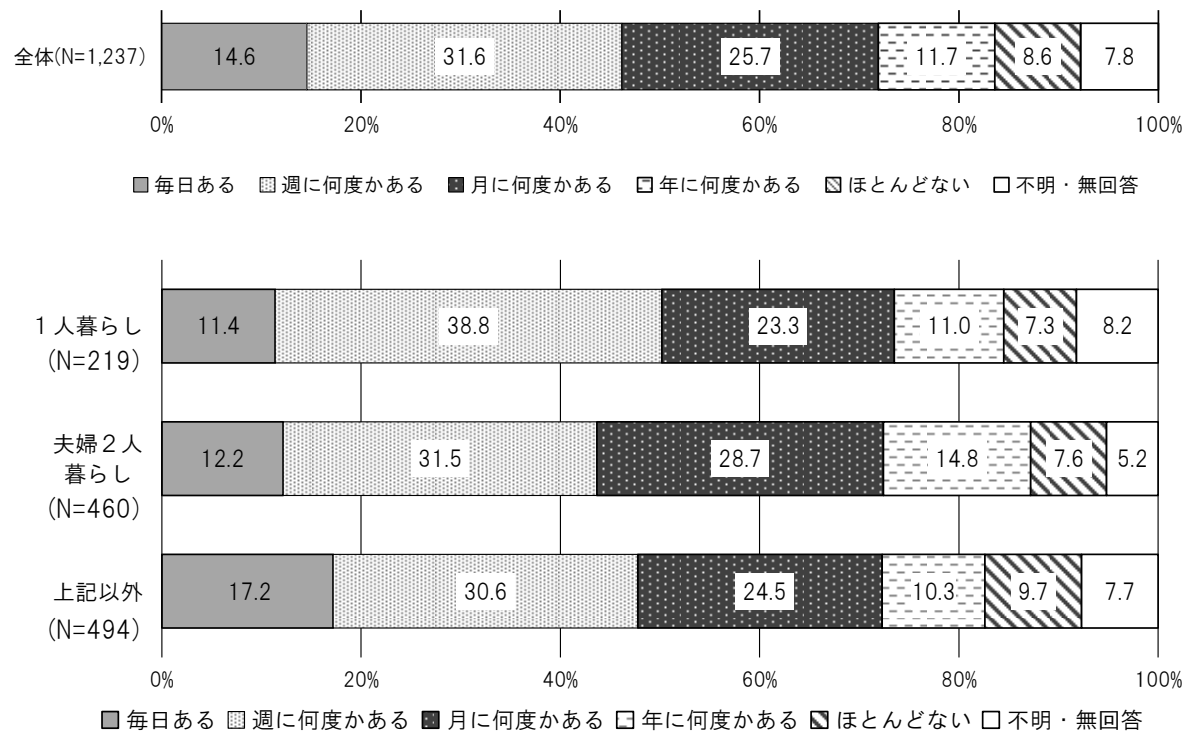


<企画・運営として>



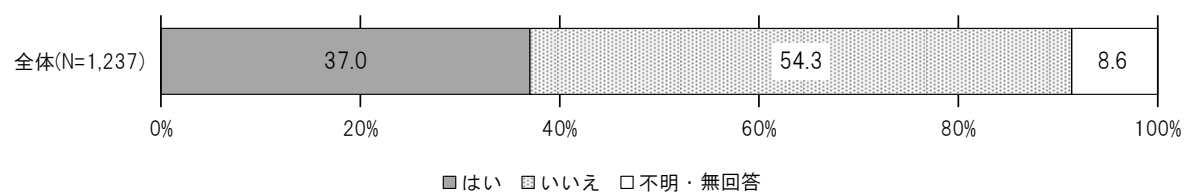
●友人・知人と会う頻度

「ほとんどない」の割合は全体では 8.6%、1 人暮らしでは 7.3%となっています。1 人暮らしの場合、友人・知人をはじめ、他者と関わる機会の少ない世帯ほど地域から孤立してしまう可能性があります。



●認知症相談窓口の周知度

「いいえ（知らない）」の割合が 54.3%と半数を超えています。



5 在宅介護実態調査の概要

(1) 調査の概要

■調査の目的

地域包括ケアシステムの構築と介護離職ゼロのために必要なサービスの把握を主な観点とし、「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あり方を検討することを目的として、調査を実施しました。

■調査の概要

▼調査対象：主に在宅で要支援・要介護認定を受けている方のうち、要介護認定の更新を受けた方及びその介護者

▼調査期間：令和2年1月14日～令和2年3月31日

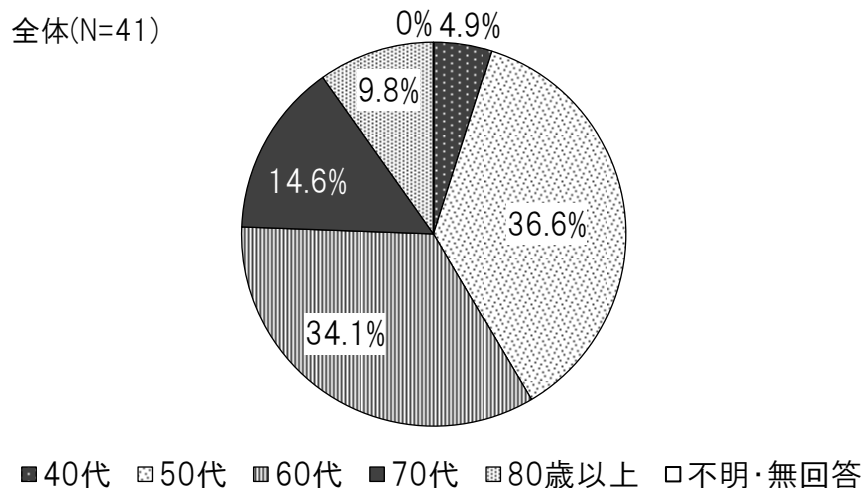
▼調査方法：認定調査員による聞き取り調査

▼調査件数：44件

(2) 調査結果

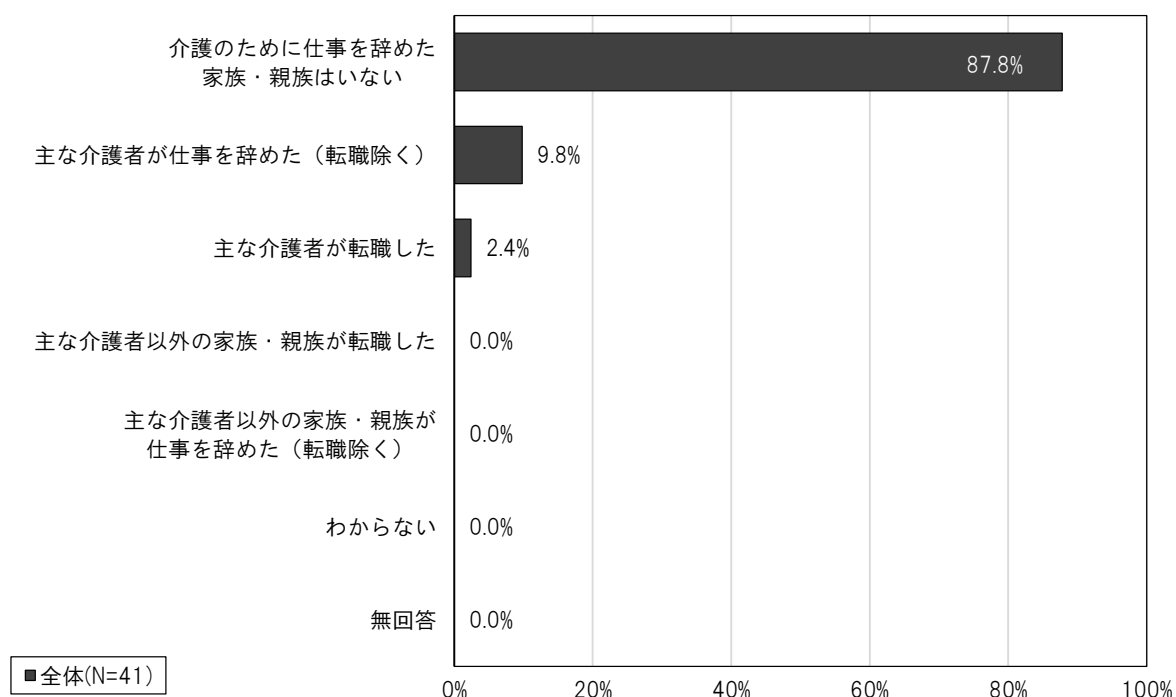
●介護者の年齢について(家族等からの介護がある方への質問)

主な介護者の年齢について、50代が最も高く36.6%となっています。また、主な介護者の年齢が70歳以上である割合が24.4%となっており、在宅介護を行う、少なくとも約4分の1の世帯で「高齢者が高齢者の介護を行う＝老々介護」の状態になっていることが分かります。



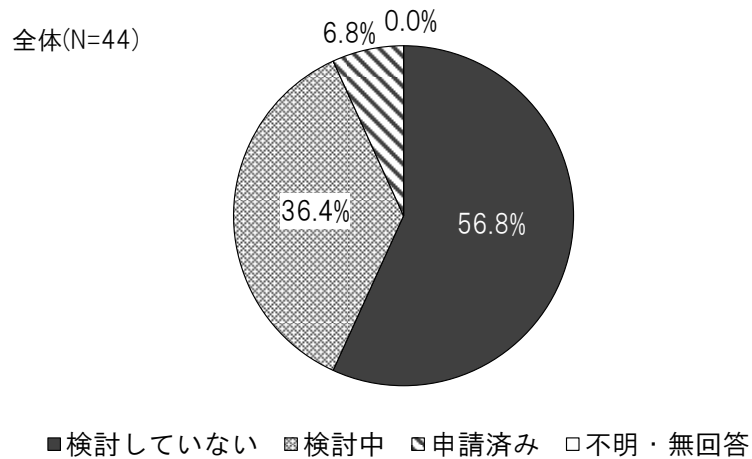
●介護のための離職の有無について(家族等からの介護がある方への質問)

介護のための離職について、「介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない」が87.8%と最も高くなっています。次いで、「主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）」が9.8%、「主な介護者が転職した」が2.4%となっており、約1割が介護をきっかけとして離職・転職しています。



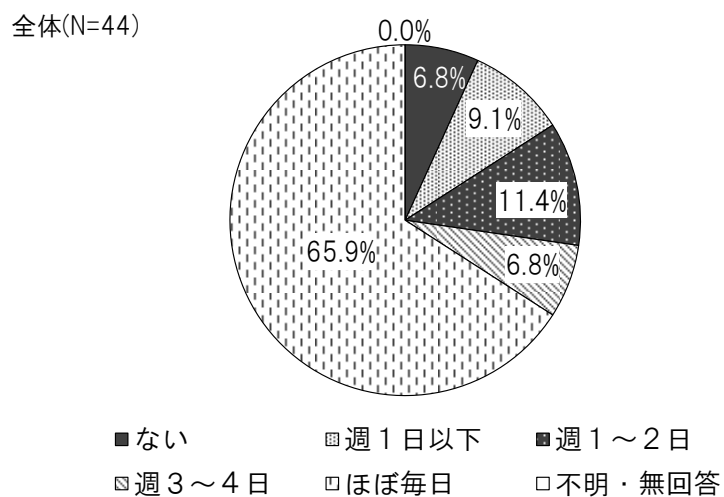
●施設入所の検討について

施設入所の検討について、「検討していない」が56.8%と最も高くなっています。次いで、「検討中」が36.4%、「申請済み」が6.8%となっており、半数に近い方が入所を検討中または申請済みという状況です。



●家族による介護の頻度について

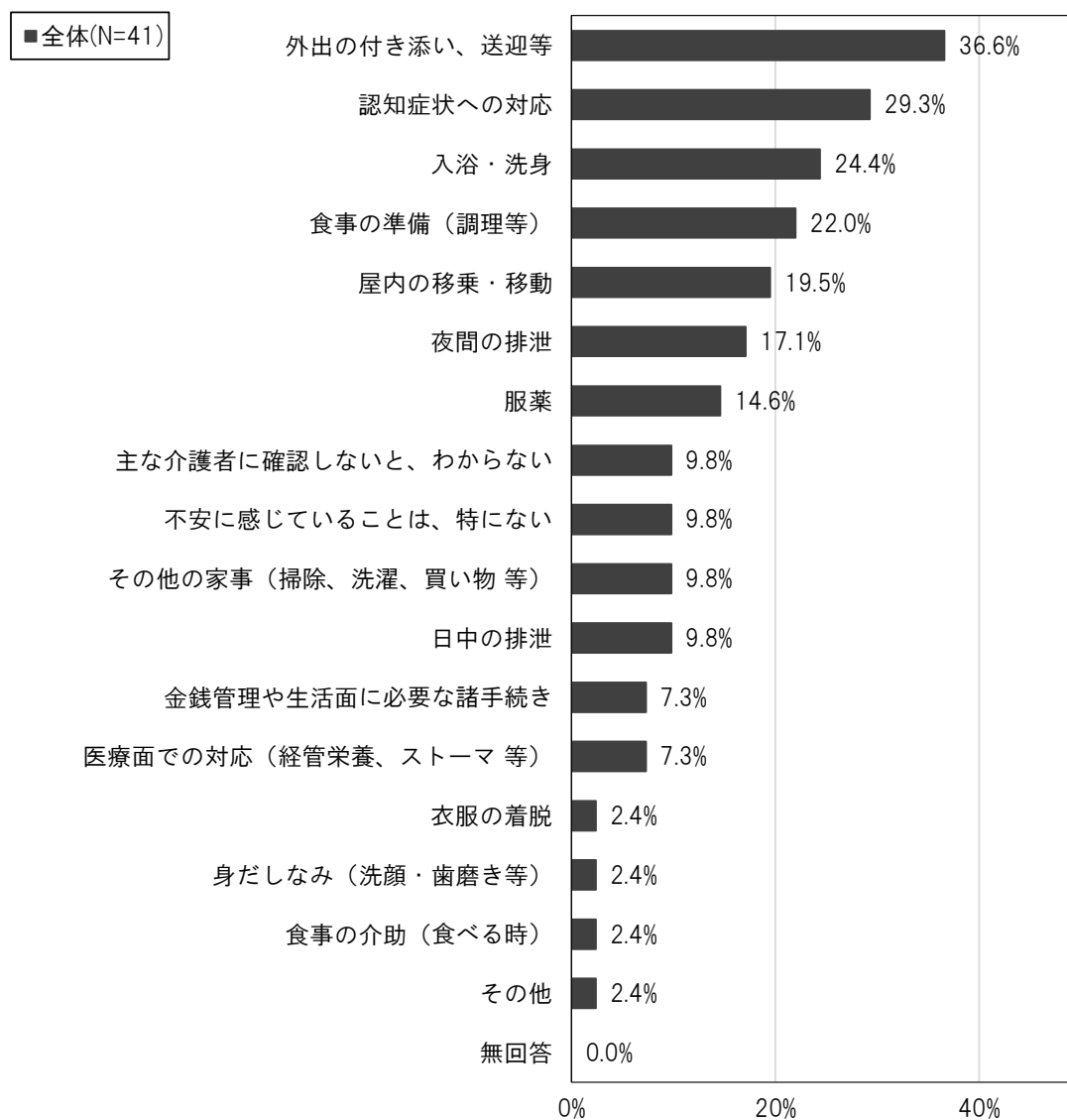
家族による介護の頻度について、「ほぼ毎日」が65.9%と最も高くなっています。次いで、「週1～2日」が11.4%、「週1日以下」が9.1%となっています。



●今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じる介護

(家族等からの介護がある方への質問)

今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じる介護についてみると、「外出の付き添い、送迎等」が36.6%と最も高くなっています。次いで、「認知症状への対応」が29.3%、「入浴・洗身」が24.4%となっています。



6 本町における課題の整理

！認知症高齢者への幅広い支援が必要です！

アンケート調査の結果をみると、認知機能の低下がみられる高齢者は全体の約 4 割となっており、認知症は多くの人にとって身近なものとなっています。また、主な介護者が不安に感じる介護についても、「認知症状への対応」が約 3 割となっています。一方で、認知症の相談窓口を知らないと答えた割合は、半数を超えています。認知症になっても地域で安心して暮らしていくために、適切なケアを提供できるよう医療・介護の連携を強化するだけでなく、相談の場としての認知症カフェの浸透や、認知症サポーターによる見守り体制の強化といった周囲・地域の理解を得て地域で共生していくための取組が必要です。

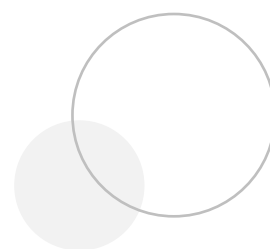
！地域一体で支え合う仕組みづくりが必要です！

アンケート調査の結果をみると、閉じこもり傾向のある高齢者は全体の 23.6%となっています。また、高齢者 1 人暮らし世帯のうち、約 7%が友人・知人と会う機会がほとんどないと答えており、今後地域からの孤立や孤独死リスクの増加が懸念されます。社会全体として、少子高齢化や核家族化の進行に伴って、住民が抱える福祉ニーズが多様化、複雑化しているため、高齢者を含めた地域の人々が安心して生活していくために、高齢者の困りごとに柔軟に対応できる相談窓口の周知や地域での見守り体制の構築、介護保険だけに頼らない、地域の支援サービスを行うことで、地域内での顔の見える支え合い関係を作り出すことが必要です。地域の高齢者に対しても、介護予防活動や地域活動の情報提供を行い、地域との関わりの中で、自らがいきいきと過ごしていけるよう意識づくりを推進していく必要があります。

「支え手」「受け手」という枠組みを超えた、互いに声を掛け合い支え合う地域共生社会の実現が求められています。

！介護予防の推進が必要です！

アンケート調査から算出された生活機能リスクの該当の割合は、平成 29 年の調査結果と比べほとんどの項目でリスクが低くなっており、第 7 期中の取組に一定の効果が表れていると考えられます。一方で、転倒に対する不安があるかの問いでは、「とても不安である」「やや不安である」の合計が半数を超えており、外出を控えている理由については、「足腰などの痛み」が最も高くなっているため、今後高齢者の運動機能が低下していくことが懸念されます。要介護状態の前段階である「フレイル(虚弱)」から始まる要介護状態への流れを食い止めることが、介護予防活動の目的の一つでもあります。今後、高齢者が要介護状態にならないために、また要介護認定者の重度化防止のためにも、介護予防活動の推進が重要となっています。介護予防の推進にあたっては、高齢者の運動機能向上だけでなく、専門職等によるフレイル予防や口腔機能の向上、認知症予防など、地域の実情に合わせた効果的な介護予防活動の充実を図っていくことが重要です。

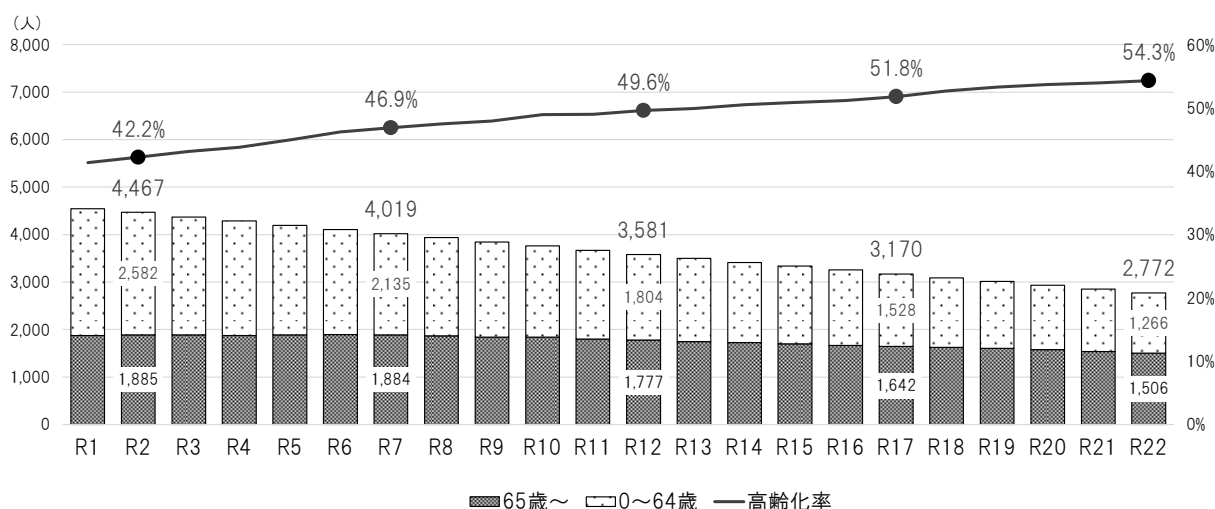


第3章 将来推計

1 人口と高齢化率の推計

本町の人口は今後も減少を続け、令和 2 年時点では 42.2%だった高齢化率は、令和 22 年には 54.3%と住民の半数以上が高齢者となると見込まれています。年代別高齢者人口の推計をみると、65 歳以上人口は今後令和 6 年まで増加する見込みとなっています。また、令和 5 年には介護や医療の必要性の高い 85 歳以上の高齢者人口がピークを迎えると予測されています。

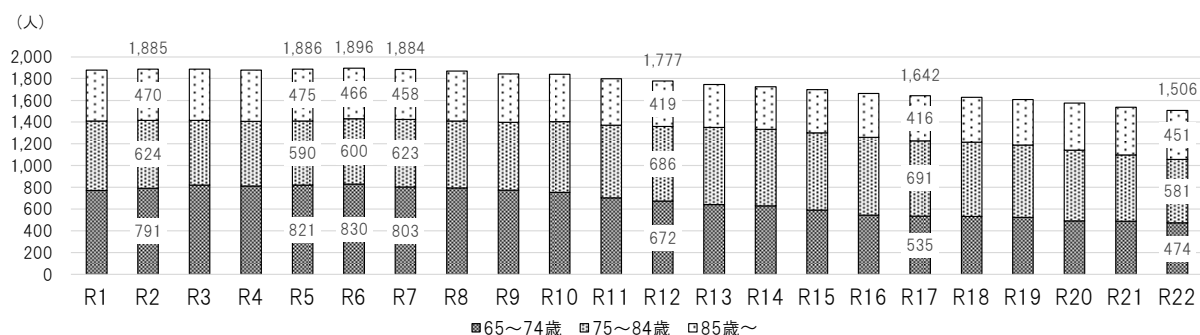
●総人口の将来推計と高齢化率●



資料：住民基本台帳（各年9月末時点）

※将来推計部分は住民基本台帳人口をもとにコーホート変化率法で推計

●高齢者人口の推計（年代別）●



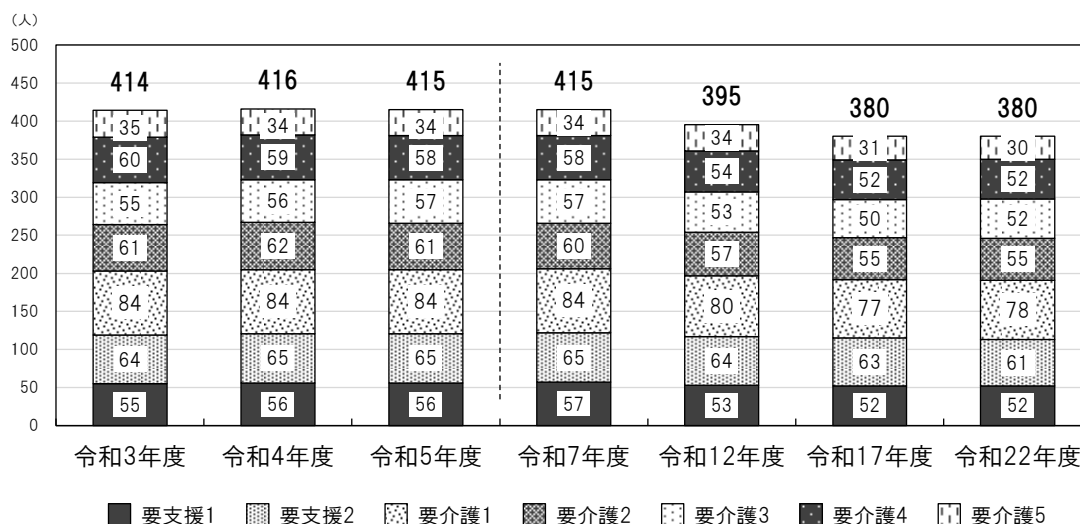
資料：住民基本台帳（各年9月末時点）

※将来推計部分は住民基本台帳人口をもとにコーホート変化率法で推計

2 要介護・要支援認定者の推計

高齢者人口と介護や医療の必要性が特に高い 85 歳以上の人口が今後も横ばいで推移することから、要介護・要支援認定者数もほぼ横ばいとなる見込みとなっています。

●要介護・要支援認定者数の推計●

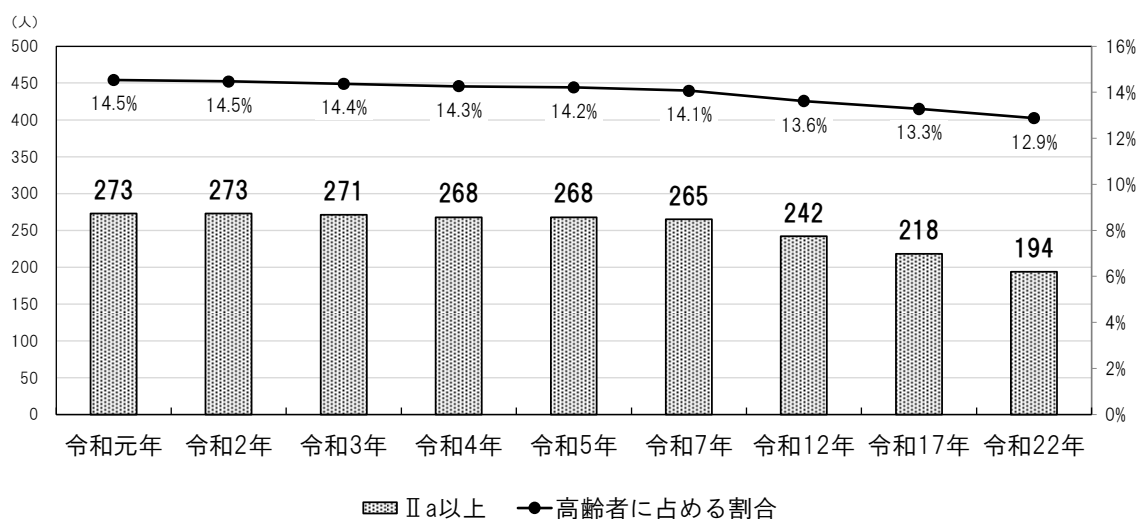


資料：介護保険事業状況報告を基に推計

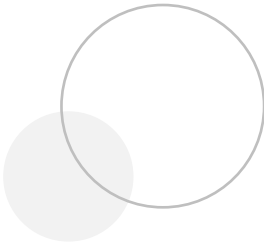
3 認知症高齢者の推計

認知症高齢者数の将来推計をみると、第 8 期計画期間中は横ばいで推移し、その後は減少傾向となると見込まれています。

●認知症高齢者数の推計（Ⅱa 以上）●

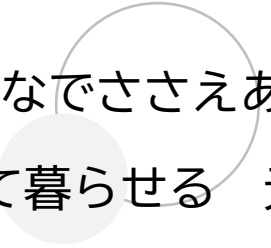


資料：介護保険事業状況報告を基に推計



第4章 計画の基本理念と基本目標

1 基本理念



みんなでささえあい
ずっと安心して暮らせる 元気なつなぎ

本町では、津奈木町高齢者保健福祉計画及び第7期介護保険事業計画における基本理念「ささえあい ずっと安心して暮らせる 元気なつなぎ」のもと、高齢者をはじめ、すべての住民が住み慣れた地域でともに支え合いながら、安全で快適に暮らすことのできる地域を目指し、地域全体で高齢者を支える共生社会づくりを進めてきました。第8期計画ではこの理念を踏襲し、これまで築いてきた地域包括ケアシステムをさらに充実させて、世代や分野にとらわれず住民自らが担い手となり、支え合い、助け合いながら安心して暮らせる環境をいつまでも持続できる地域共生社会の実現を目指します。

2 基本目標

本町が目指す基本理念「みんなでささえあい ずっと安心して暮らせる 元気なつながり」の実現のため、以下のとおり３つの柱（基本目標）を定めることで、他計画との整合を図り、取組を支える人づくりや連携・協働のあり方を構築していきます。

1 ずっとみんなでささえあうまちづくり

地域包括ケアシステムの充実に向けた、高齢者を地域で支える体制づくりや認知症施策、高齢者の権利を守る取組を推進していきます。高齢者の困りごとに柔軟に対応できる窓口の機能強化、地域ケア会議での課題検討による支援体制と地域内での見守り体制の構築、高齢者の権利擁護及び認知症施策の推進等に取り組み、高齢者がいかなる状態にあっても、相談ができ、それを地域全体で支援ができるまちを目指します。（P32～）

2 ずっと安心して暮らせるまちづくり

高齢者が住み慣れた地域でできる限り生活を継続できるよう、日常から緊急時まで、安心して暮らせる取組を推進していきます。在宅医療・介護の連携強化、住まいや移動サービスの提供、防犯・防災・感染症の対策等に取り組み、住み慣れた地域で安心して介護・医療サービスが受けることができ、いざという時にも対応できる体制が構築されたまちを目指します。（P38～）

3 ずっと元気にいきいきと暮らせるまちづくり

高齢者の生きがいづくり、健康状態の改善の取組を推進していきます。

地域内での関係づくりの促進、高齢者の地域での多様な活動の支援、健康づくりの場における取組の充実、特定健診の利用の促進等に取り組み、高齢者が要介護状態になることなく、健康状態を維持・改善しながら生活ができるまちを目指します。（P43～）

3 地域共生社会の実現に向けた

地域包括ケアシステムの深化・推進

地域共生社会とは、制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」・「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が、世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、さらには地域をともに創っていく社会のことです。本町における地域包括ケアシステムの構築においては、「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との協働により、地域共生社会の実現を含めた包括的な支援体制の構築を目指し取組を進めてきました。今後は地域共生社会の実現に向けて、高齢者福祉分野における基礎としてその機能を深化させていくだけでなく、課題解決のノウハウや多職種連携の仕組みを子育てや障がい者、生活困窮者支援など、地域全体の支援へと活用していくことで、包括的な支援体制へと発展させていきます。

地域包括ケアシステムの構成要素



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング「＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムと地域マネジメント」
(地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業)、平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016年

4 自立支援と介護予防・重度化防止の取組の推進

高齢者の自立支援・介護予防・重度化防止の推進にあたって、国は、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成 29 年法律第 52 号）において、保険者や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、制度化し、予算の範囲内において、交付金を交付することとされています。交付金における客観的な指標については、本計画期間中も適宜改善を図るとされていることから、国の示す要領に即して適宜指標を設定し、関係者間で共有するとともに、毎年度実績の評価・分析を行いながら高齢者の自立支援・重度化防止に向けた取組を推進する必要がある、この取組については、基本理念の実現に向けた 3 つの柱（基本目標）から下記の目標を選定し数値目標を設定します。また、毎年実施状況を把握し、進捗状況として未達成の場合には、改善策の検討・実施や目標の見直し等を行っていきます。

●自立支援と介護予防・重度化防止に向けた重点的な取組と目標●

認知症施策の充実

項目	R3	R4	R5
認知症サポーター養成延べ人数	60 人	65 人	70 人
認知症カフェの年間開催回数の維持	12 回	12 回	12 回
認知症初期集中支援チーム年間活動回数	2 回	4 回	6 回

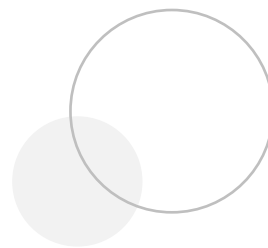
関連施策：認知症になっても安心して暮らせる体制の強化(P35～37)

介護予防の充実

項目	R3	R4	R5
介護予防活動参加者の高齢者人口比率	13%	17%	20%
通いの場への専門職派遣回数	4 回	8 回	12 回
各地区体組成測定会の実施	32 回	32 回	32 回

関連施策：介護予防の充実(P43)・健康づくり施策の推進(P44)

第5章 高齢者施策の展開



1 ずっとみんなでささえあうまちづくり

(1) 地域包括支援センターの体制強化

地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムを構築するための中心的な機関として、①介護予防ケアマネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務、⑤認知症総合支援事業、⑥生活支援体制整備事業、⑦在宅医療・介護連携推進事業、⑧地域ケア会議の推進などの業務を行っています。

① 相談体制の強化

総合相談支援業務においては、高齢者の生活や心身の健康に関することをはじめとした総合相談窓口としての役割を担っており、多重問題世帯や処遇困難事例、権利擁護等の多様な相談にも幅広く対応するため、地域包括支援センター関係職員間での事例検討を行い、スキルアップを図るとともに、地域包括支援センターの相談窓口について周知を行い、住民の身近な相談窓口として定着化を図ります。また、引き続き、介護保険サービスを含めた地域における適切なサービスを受けることができるよう、サービス実施機関及び居宅介護支援事業所等との連絡調整を行うとともに、総合相談で得られた地域住民の福祉ニーズを、生活支援体制整備事業におけるサービスの検討に活かしていきます。

② 業務状況等の評価・点検

町は、地域包括支援センター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や地域包括支援センターの自己評価を用いて、業務全体の評価や点検を行い、課題等があれば協力して解決していきます。

③ 専門職等の適正な人員配置

令和2年11月現在、社会福祉士2名、主任介護支援専門員1名の3名体制のもと、業務を行っています。今後も、地域包括支援センター運営協議会の評価を踏まえ、適切な人員体制及び予算の確保に取り組んでいきます。

(2) 地域ケア会議の実施

本町では2か月に1回を目途に地域ケア会議を開催し、町内事業所の専門職等の参画による個別ケースの検討・地域課題の抽出を行っています。本町には、社会資源が少ないことや、介護や生活支援の担い手が不足している等の理由により、要支援状態の方や事業対象者の自立支援に向けたサービスを、現行相当サービスに依存している現状にあります。このため、地域ケア会議では、インフォーマルサービスの創出や、乗り合いタクシーの利便性の改善、認知症高齢者への支援等が課題として挙げられています。

① 地域ケア会議の充実

今後も継続して地域ケア会議を実施し、個別課題の解決、地域課題の抽出を行います。地域課題については、地域ケア推進会議等で検討を重ね、具体的な取組へとつながるよう努めます。また、高齢者の抱える問題が多様化する中、子育てや障がいなど複合した問題に柔軟に対応するため、民生委員・児童委員や介護サービス事業者、生活保護・障がい福祉担当課など、多職種の参加を促すことで、地域の課題解決を進めるとともに、介護保険以外のサービスや見守りネットワーク等の地域で必要な資源の開発についても検討していきます。

(3) 助け合いの地域づくりの推進

高齢者単身世帯の増加などにより、近隣におけるコミュニケーションの希薄化や地域力の低下が課題となっています。高齢者を日頃から見守るネットワークの充実・強化に努め、行政と住民が協働して包括的ケアを推進できる体制整備を進めます。

① 地域の見守り体制の充実

生活支援コーディネーターが中心となり、地域における1人暮らしの高齢者など課題を把握し、地域ケア会議などでの検討を行うことで地域での見守りネットワークの強化を図ります。生活支援と安否確認を含めた見守り活動を行う地域のボランティアなどを広めていくため、活動の周知・啓発を行います。また、認知症高齢者の見守り等については、認知症サポーターの活用を含めた検討を行います。

(4) 高齢者の虐待防止

高齢者の虐待に関する相談・通報の窓口、事実確認、適切な措置等を行うため、ほけん福祉課に窓口を設置し対応するとともに、早期発見・早期対応体制の整備を図ります。

① 高齢者虐待防止に関する啓発の充実

高齢者虐待の防止、また、早期発見・早期対応につながるよう、相談窓口の周知とあわせて、広報紙やホームページ等を活用し今後も普及・啓発に努めます。

② 虐待防止機能の強化

地域包括支援センターや警察、民生委員等の関係機関と連携し、高齢者虐待に関する情報の共有化に努めます。町、地域包括支援センター、関係機関での連携を強化し、虐待防止について特に支援を必要としている高齢者・介護者像を共有し、予防的に連携して働きかける体制の構築を目指します。高齢者の虐待対応においては、認知症高齢者等が虐待を受けるリスクが高いことから、認知症に関する各種施策と連携しながら、必要な方には成年後見制度の活用を促進していきます。

③ 虐待の早期発見と未然防止

介護相談員が定期的に施設の利用者を訪問し、日常の生活の様子の把握とあわせて虐待の有無についても確認を行います。また、通報や届出等により虐待を受けている、もしくは虐待を受けている可能性がある高齢者の安全確認及び事実確認の調査を、地域包括支援センターと連携して実施していきます。

④ 関係機関との連携と緊急対応

虐待があった場合の対応については、個別ケース会議において支援方針を決定し、弁護士、司法書士等との連携も含め、あらゆる面からの解決を図ります。また、必要に応じて保護や特別養護老人ホーム、ショートステイ等の活用による措置を講じるなど、緊急的な対応を図ります。

(5) 認知症になっても安心して暮らせる体制の強化

国が示す認知症施策推進大綱（令和元年）に基づき、認知症になってもできる限り住み慣れた地域で、希望をもって自分らしく生活できるよう、認知症の方やその家族の意見も踏まえながら、「共生」「予防」を両輪とし、認知症施策を推進していきます。

普及啓発・本人発信支援	①認知症サポーターの養成及び活動の活性化★ ②認知症ケアパスの普及・啓発
予防	③認知症予防の推進
医療・ケア・介護サービス・ 介護者への支援	④認知症に関する情報収集及び初期対応★ ⑤認知症カフェの設置 ⑥認知症に係る医療・介護の連携強化 ⑦認知症の方などを介護している家族に対する支援の推進
認知症バリアフリーの推進・ 若年性認知症の人への支援・ 社会参加支援	⑧認知症を見守るネットワークの構築 ⑨成年後見制度の利用促進に向けた取組の推進

★：重点的に取り組む項目

① 認知症サポーターの養成及び活動の活性化

若年層や現役世代など幅広い世代に認知症の方への理解を広めていく観点から、地域住民をはじめ商工会や民間企業、小学校、中学校等での養成講座を実施しています。今後は、養成したサポーターが地域で活動していけるよう、活動事例の情報収集を行い、サポーターへと発信していきます。

② 認知症ケアパスの普及・啓発

認知症ケアパスは、認知症の方の状態に応じた適切なサービス提供の流れを示したもので、介護保険や自治体、または民間事業者や地域組織が提供するサービスなどの社会資源を掲載しています。認知症の方やその家族、地域の医療や介護に関わるすべての支援者が、連携の仕組みを理解できるよう、認知症ケアパスを早期に作成し、情報提供に取り組みます。あわせて、広報紙やホームページなどにおいて、認知症に関する相談機関や支援内容の周知を図っていきます。

③ 認知症予防の推進

本町が実施している「いってみゆう会」などの介護予防活動において、高齢者が元気なうちから、認知症予防に取り組めるよう一体的な実施を検討します。認知症が身近な疾患であることを啓発することで、認知症に理解のある地域づくりと認知症予防を並行して推進していきます。

④ 認知症に関する情報収集及び初期対応

地域包括支援センターが窓口となり、認知症に関する相談に対応するとともに、物忘れ相談会を年2回開催し、支援が必要な方の把握を行っています。認知症予備軍の方を早期に発見し、必要な支援を行うため、平成28年2月に地域包括支援センターに認知症初期集中支援チームを設置し、必要な医療や介護の導入・調整や家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行い、自立した生活が送れるよう、取り組んでいます。今後も、高齢者福祉担当者の会議や地域ケア会議の中で、関係機関との情報共有や困難事例の検討を行い、さまざまなケースにおける初期対応の充実を図ります。

⑤ 認知症カフェの設置

認知症の方とその家族や専門職、地域住民が集まり、相談する場や認知症への理解を深める場として機能しています。現在設置している認知症カフェについては、今後も継続して認知症の方やその家族の集う場となるよう、内容の充実に努めるとともに、住民へ向けて周知啓発を行い、浸透させていきます。

⑥ 認知症に係る医療・介護の連携強化

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やかかりつけ医、地域包括支援センターなどとの連携を強化します。また、医療機関等の地域ケア会議等への参加も検討し、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ることで、認知症に関する医療と介護の連携を促進します。

⑦ 認知症の方などを介護している家族に対する支援の推進

地域包括支援センターが中心となって、家族介護者交流会等を開催しています。認知症の方の介護者同士が交流や情報交換を行うだけでなく、福祉関係者も相談に応じ、家族介護者の負担軽減につながっています。今後も継続して行うだけでなく、多くの方に参加してもらえるよう周知に努めます。

⑧ 認知症を見守るネットワークの構築

認知症の方にその状態に応じたサービスが提供されるよう、医療機関や介護サービス、または地域の支援へとつなぐ連携支援の体制づくり及び認知症に関する相談支援体制の充実に取り組むことで、認知症を見守る体制を整備しています。また、認知症の方等やその家族への初期支援を集中的に行うために、水俣市芦北郡医師会等と連携し、複数の専門職で構成された認知症初期集中支援チームを編成しています。1人暮らし世帯などに対しては、民生委員や老人クラブ会員、シルバーヘルパー、地域住民による日ごろからの安否確認等の見守り活動が行われています。また、水俣・芦北地域見守り活動等支援事業を活用し、地域福祉コーディネーターの配置を検討し、行政区単位での小地域ネットワークをベースとした活動を推進できるよう体制を整えます。認知症高齢者を見守るネットワークについては、水俣・芦北圏域での対応を検討していくとともに、認知症サポーターの活用や警察をはじめとする関係機関との連携強化を図っていきます。

⑨ 成年後見制度の利用促進に向けた取組の推進

認知症になっても、地域の中で尊厳ある生活を営むことができるよう、成年後見制度の一層の周知と活用を図ります。また、一般の方でも地域で後見人として活動することができるよう、水俣・芦北圏域として、市民後見人の養成講座の開催を検討します。

権利擁護や成年後見制度の利用が必要な方の発見及び対応にあたっては、新たなネットワークの構築に向けて、社会福祉協議会をはじめ、民生委員協議会、介護事業所等の各種団体との連携を強化していきます。また、成年後見制度利用促進基本計画の早期策定を目指します。

2 ずっと安心して暮らせるまちづくり

(1) 医療と介護をはじめとした多職種連携体制づくり

近年、医療ニーズと介護ニーズをあわせ持つ高齢者は増加し、病院等からの退院時の支援や症状や状態に応じた適切な医療・介護サービスに関する需要が高まっています。地域包括ケアシステムの構築にあたっては、要介護状態になっても多職種連携によるチームケアによって、在宅医療と介護が一体的に提供されることが重要となります。

在宅医療・介護連携推進事業については、本町の地域支援事業の包括的支援事業に「水俣芦北圏域在宅医療・介護連携支援センター事業」を位置づけ、本町と水俣市、芦北町の1市2町が連携し、一般社団法人水俣市芦北郡医師会に委託して実施しています。

① 在宅医療・介護連携推進事業の取組

一般社団法人水俣市芦北郡医師会と1市2町が協働し、事業の推進を図ります。保険者として在宅医療・介護連携推進事業の全体の取組を管理・調整し、地域包括支援センター等の協力を得ながら、多職種連携による統合的なサービス提供による在宅生活の支援に取り組んでいきます。

また、圏域における医療・介護提供体制のあるべき姿（目標）を設定し、その全体像を関係者で共有したうえで以下の取組を一体的に推進していきます。

- 地域の医療・介護の資源の把握
- 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- 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・介護関係者の情報の共有支援
- 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
- 医療・介護関係者の研修
- 地域住民への普及啓発
- 関係市区町村の連携の各取組

② 多職種連携体制の構築

水俣芦北圏域内の介護・医療・行政やサービスに携わる関係者でネットワーク会議を実施し、多職種での事例検討を行っています。今後も継続して取り組んでいくとともに、水俣芦北圏域在宅医療・介護連携支援センターが中心となって多職種協働による医療・介護の連携支援を行います。

③ 在宅医療・在宅介護の普及・啓発

在宅医療・在宅介護を普及するためには、在宅療養診療所等の拡大を図りつつ、地域住民が人生の最終段階の過ごし方の選択肢を知り、自分がどのように過ごしたいかを考える機会の増加を図ることが重要となります。令和2年度に「私の人生会議ノート」を作成、ほけん福祉課にて配布を行っています。今後も高齢者自身の考える機会の提供と在宅医療・在宅介護の周知を進めるため、「私の人生会議ノート」の周知を進めるだけでなく、講演会などの開催も検討します。

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

在宅医療と介護関係者間の情報共有の仕組みとして、地域包括支援センターにおいては「くまもとメディカルネットワーク」へ参加するとともに、水俣芦北圏域在宅医療・介護連携支援センターが主体となって在宅医療介護情報共有システム検討チームを発足していますが、近隣の医療機関における参加者の同意が進まず、活用できていない状況にあります。今後も、くまもとメディカルネットワークに関する地域住民への広報と周知を図り、参加者の拡大に取り組むとともに手書き入力支援ツールの導入等の検討を進めます。

●くまもとメディカルネットワークとは

利用施設（病院・診療所・歯科診療所・薬局・訪問看護ステーション・介護施設等）をネットワークで結び、参加者（患者）の診療・調剤・介護に必要な情報を共有し、医療・介護サービスに活かすシステムです。

（２）暮らしやすい環境づくりの推進

高齢者の住まいや居住環境の整備を進めます。本町は、持ち家の高齢者の割合が非常に高くなっていますが、住み替え等が必要な高齢者の方の住まいの確保に関しては、国の施策や県の熊本県高齢者居住安定確保計画に沿って、連携を図りながら推進していきます。

① 良質なサービス・住まいの提供

高齢者向け住宅事業者と連携し、入所者の個々の状態に応じた適切な介護サービスの提供がなされるよう、高齢者向けの住まいや施設利用に関する助言・指導を行っていきます。また、住み替え等を検討されている方に対して必要な情報が提供できるよう、県の「あんしん賃貸支援事業」に関する情報提供や各種パンフレットを活用し周知を図ります。経済的理由、環境的な理由で自宅での生活が困難な方や、介護保険施設等への入所が困難な方については、養護老人ホームへの入所を検討していきます。その他、熊本県高齢者居住安定確保計画に沿った施策の推進に取り組んでいきます。

② 高齢者・障がいのある人に配慮した公営住宅の整備

町営住宅については、改修の際のバリアフリー化を推進していきます。また、高齢者の優先入居の拡充については、町内関係各課との協議を行っていきます。なお、公営住宅の新設を検討する場合にあたっては、社会福祉施設の併設に向けて構想段階から地域住民の意見を取り入れる機会を設け、高齢者が安心して生活できるような環境整備を推進します。

③ 住まいのバリアフリー化の促進

津奈木町住宅マスタープランに基づき、「高齢者・障がい者に対応した住宅供給の推進」、「高齢者・障がい者に対応した住環境整備の推進」、「福祉施策と住宅施策の連携による高齢者・障がい者の生活支援体制の整備」を柱に、住まいのバリアフリー化を進めています。あわせて、要援護高齢者等の在宅での自立促進、寝たきり防止及び介護者の負担軽減を図るため、生活基盤となる県の高齢者住宅改造助成事業費補助金を活用し住宅改造に必要な経費を助成していきます。

住宅内で起きる事故防止の観点からも、住まいのバリアフリー化の理解を深めるための啓発・広報に取り組みます。また、ケアマネジャー等と連携し、必要な方へ住宅改修や住宅改造の助成を実施していきます。

④ 高齢者の住まいに関する情報提供の充実

単身や夫婦のみの高齢者世帯が増加し、高齢者の住まいのニーズも多様化しています。高齢者やその家族等が、心身の状況等に応じて適切に高齢者向けの住まいを選ぶことができるよう、情報提供を図ります。本町においては、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等はありませんが、今後は近隣市町村との住宅サービス等とも連携し、多様な住まいに関する情報提供を行います。

⑤ 高齢者の移動手段の確保

平成 27 年より予約型乗合タクシー(つなぎタクシー)の運用を実施し、運転免許証自主返納者へは割引券を配布しています。また、寝たきりの高齢者がストレッチャー車両を利用した際の助成を行う津奈木町移送サービス事業を実施しています。今後増加が予想される運転免許証自主返納者への対応など現在の利用者の声を踏まえ、協議体や福祉部局、交通部局関係者の連携強化等による一体的な対策を検討していきます。

また、総合事業における訪問型サービスDについて、今後も全国の導入事例の効果を関係部局と検証し、本町での実施の可能性について協議体による検討を進めていきます。

津奈木町予約型乗合タクシー運行事業(つなぎタクシー)

公共交通空白地域住民の外出手段の確保を含め、高齢者などが、家族等の送迎に頼らなくても外出できる環境を形成するため、予約型乗合タクシーを運行する事業です。利用するためには事前の利用登録が必要となります。

(3) 安全な生活環境の整備

交通安全や防犯、消費者被害などの日常生活でのリスクや、災害や感染症の流行など非常時におけるリスクなどへの支援体制や情報提供を行うとともに、関係機関との連携を強化することで、高齢者の安全・安心な生活環境の整備を進めます。

① 高齢者の交通安全対策

運転中や歩行中の事故など高齢者の交通事故が全国的に増加する中で、高齢者は被害者にも加害者にもなりうる状況となっています。そのため、それぞれの立場からの交通安全の普及、啓発活動を行います。今後も、春・秋の交通安全運動の啓発に取り組んでいくとともに、老人クラブ等が開催する交通安全対策に対して、必要な支援を行っていきます。

② 防犯対策・消費者被害の防止

県内では、高齢者の1人暮らしや高齢夫婦世帯などを狙った特殊詐欺事件や、悪質な訪問販売等の被害が多発しており、町内においても、相談が寄せられている状況です。本町では、ほけん福祉課に相談窓口を設置し、被害の未然防止や被害が起きた際に迅速に対応できるよう、行政と各関係機関が情報を共有できるネットワークを構築しています。

今後も、警察署、駐在所、防犯協会等と連携し、駐在所だよりの各世帯への回覧や、有線放送で速やかな情報発信をするとともに、高齢者がすぐ連絡、相談できる、自己防衛のできる地域づくりを目指します。急増する高齢者の消費者被害に対しては、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くことで、被害を未然に防ぐための消費者教育や啓発に取り組んでいきます。

③ 災害時避難対策の強化

高齢者の多くは、災害発生時において、他者より不利な状況に置かれる「避難行動要支援者」となりやすく、特に1人暮らしや高齢夫婦世帯など、家族の支援を受けにくい方が増えています。このような「避難行動要支援者」は、災害発生時の情報把握や安全な場所への避難等について、自らの力のみで迅速かつ適切な行動をとることが難しい面があります。

本町の自主防災組織や消防団は、日頃から管轄内の世帯の訪問や民生委員等との情報共有に取り組んでおり、実際に避難が必要となった場合に、「避難行動要支援者」が迅速かつ適切に避難することができるような体制を整えています。今後は、住民同士が自分の地域の危険箇所や避難行動要支援者などの情報が共有できるよう、地域における自主防災組織での図上訓練、防災マップづくり、避難訓練などを支援していきます。また、日常の安否確認や見守り活動など住民同士が支え合う体制づくりや、避難時の避難経路等の確認活動を推進していきます。

さらに、日頃から介護事業所における避難訓練の実施や非常時に必要な物資の確認を促すとともに、介護事業所ごとの避難計画を定期的に見直すよう働きかけます。住民が災害発生時に落ち着いて避難・対応ができるようにするには、日頃から地域とのつながりを持つこと、自身の防災意識を向上させることが重要であるため、通いの場などの地域での集いの場において、地域防災による講座などの開催も検討し、住民一人ひとりの防災意識の向上に努めます。

④ 感染症対策の強化

感染症等の感染拡大防止や新しい生活様式についての啓発を行い、高齢者やその家族が感染した場合に適切な対応につなげます。また、地域の通いの場といった高齢者の交流の場においては、感染防止対策を行いながらも活動が継続できるよう、正しい知識の取得を促します。事業所及び介護従事者に対しては、感染症等の拡大防止や感染した場合に適切な対応ができるよう情報提供に努め、高齢者やその家族の不安の軽減につなげるとともに、感染症発生時に備えて医療機関との連携強化を進めます。

(4) 地域を支える人材の確保

今後、さらなる高齢化が進行する中で、介護専門職に限らず、介護分野を支える人材の確保を進めるとともに、介護職の事務作業などの負担軽減を図ります。

① 新たな担い手の確保

ボランティア主体によるサービスの新設を検討するとともに、介護専門職が専門的な業務を行えるよう、元気な高齢者が介護助手として活躍できるよう、情報収集と検討を進めます。

② 働く環境の改善

業務効率化の観点から、介護分野の文書にかかる負担軽減のため、国が示す方針に基づく申請様式添付書類や手続きの簡素化を図ります。

3 ずっと元気にいきいきと暮らせるまちづくり

(1) 介護予防の充実

本町の実情に応じて地域住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実させることで地域の支え合いの体制づくりを推進しています。現在、町内各地区公民館において、通いの場「いってみゅう会」を開催しています。高齢者の運動機能の向上だけでなく、高齢者同士の関係づくりにもつながっています。

① 通いの場の立ち上げ・継続支援

地域の介護予防活動の基盤として、通いの場の活動の充実を図ります。通いの場のない地域については、現在の「いってみゅう会」に意欲的に参加している住民に働きかけ、住民主体の運営による、継続可能な通いの場の立ち上げを支援していきます。また、活動中の通いの場には、参加者の健康管理意識の醸成と、要介護状態になっても参加できる通いの場を目指して、リハビリテーション専門職等の派遣と適切な支援をしていきます。

② 保健事業と介護予防の一体的実施

通いの場において、これまでの運動機能の改善に加え、認知症の予防、口腔機能の向上などの視点を取り入れた内容を充実させ、高齢者の健康維持を多面的に支える事業を展開していきます。そのために、リハビリテーション専門職や歯科衛生士など専門職と連携を強化します。

(2) 健康づくり施策の推進

各種健診等の受診を促進することで、高齢者の健康意識の醸成を図っています。

特定健診については受診率が上昇傾向にある一方で、特定保健指導については、受診率が低下傾向になっています。

① 健康増進施策の推進

いつまでも生きがいをもって元気に活躍できる生涯現役社会の実現と、健康寿命の延伸を目指し、本町の健康増進施策やデータヘルス計画等に基づく健康づくりを継続していきます。

② 生活習慣病発症予防と重症化予防

本町における一人当たり医療費は、国、県及び同規模市町村と比較しても依然として高い状況にあるだけでなく、医療費総額のうち、約半分を生活習慣病が占めています。ニーズ調査の結果では健康についての記事や番組に関心があるかについて 88.8%が「はい(関心がある)」と答えています。今後も、生活習慣病発症予防と重度化防止に取り組むため、生活習慣病に関する正しい知識の普及・啓発やがん検診等の受診勧奨・特定健診及び特定保健指導等の参加者の増加を図り、高齢者の自助意識の醸成を進めます。要介護状態の前段階であるフレイル(虚弱)への対策として、生活習慣病の予防と運動機能の向上が重要であるため、高齢者施策と健康づくり施策を一体的に推進していきます。

(3) 高齢者の生きがいくくりと社会参加の促進

本町では、生きがいくくりと自立支援、介護予防・重度化防止の取組として、生涯学習、スポーツクラブ、趣味・就労活動などの高齢者の主体的な活動の場を支援しているほか、健康と長寿をお祝いする行事を実施しています。現状では、参加者の減少などが課題となっていますが、今後も高齢者が地域での活動や社会参加で役割を得て、生きがいを感じながら暮らしていけるような環境づくりのため、積極的な周知に努めるだけでなく、意欲ある住民が参加できるよう、働きかけていきます。

① あけぼの大学

津奈木・赤崎・平国地区の3会場において、年間18回の講座を行っています。高齢者の生きがいくくりだけでなく、人との交流の場や心身の活性化にもつながるものであるため、今後も継続して開催していくとともに、社会福祉協議会や関係部局との連携を強化し、内容の充実を推進していきます。

② 町民講座

5月から翌年2月までの期間に月2回、合計20回(一部講座を除く)、町民ニーズに合わせた講座を実施しています。参加者も講座の内容や時間帯により、限られた方にとどまっていますが、今後は高齢者だけでなく、世代を超えて住民が参加し、交流できる場となるよう、活動内容や時間の見直しを検討するとともに、広報紙やホームページなどで周知を図ります。

③ 生涯スポーツ

地域の人々に年齢、興味、関心、技術・技能レベル等に応じたさまざまなスポーツ機会を提供する『多種目』『多世代』『多志向』のスポーツクラブとして、総合型地域スポーツクラブを発足しています。今後は、スポーツ推進委員と連携し、誰もが気軽に参加できるスポーツレクリエーションのイベント等の開催を検討します。また、県内クラブの活動事例やスポーツ協会、研修会等への参加を通し、今後のあり方について検討するとともに、町内のウォーキングコースなどの周知を行い、住民の自発的な運動意欲の醸成に努めます。

④ 敬老祝金及び特別敬老祝金支給事業

高齢者に敬老の意を表しその長寿を祝うために、本町に引き続き3年以上お住まいで、80歳、90歳の誕生日を迎えられた方へ敬老祝金を贈呈しています。また、100歳の誕生日を迎えられた方へ特別敬老祝金を贈呈しています。今後も継続して実施していきますが、今後の財政状況等を踏まえながら、事業のあり方を適宜検討していくものとします。

⑤ 敬老月間等行事

敬老の日にあわせ、健康と長寿を祝うための式典を開催しています。式典時には、健康と長寿のお祝いとして、最高長寿表彰、最長夫婦表彰、結婚 70 年表彰、結婚 60 年表彰、金婚夫婦表彰を行い、米寿者に対しても記念品を贈呈しています。引き続き行事を継続していきますが、財政面も考慮した運営を検討していきます。

⑥ 老人クラブ活動

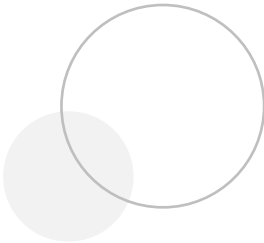
おおむね 60 歳以上の会員で組織される老人クラブでは、地域ごとの多様な自主活動を基盤として活動しています。健康づくり運動や各種レクリエーションなど、会員自身の楽しみや生きがいを中心としたものから、環境美化活動、在宅福祉を支える友愛活動など、幅広い活動を行っています。60 代、70 代の若い世代の会員が少なく、会員の減少が課題となっているため、老人クラブの活動の周知に努め、60 代、70 代をはじめとした新たな会員の加入を促進していきます。また、スポーツやレクリエーションだけでなく、地域での友愛訪問やボランティア活動、見守り活動など、意欲ある支え合いの主体として、活発に活動できるよう、支援していきます。

⑦ 地域ボランティアの養成

地域住民が主体となって地域福祉活動に取り組むことができるよう、地域ボランティアを養成するとともに、社会福祉協議会が主体となり、各福祉団体と連携を図りボランティアセンターを運営し、ボランティアの登録を進めていきます。また、介護保険施設等でのボランティアを行う「介護支援ボランティア」について情報収集に努め、高齢者の社会参加促進と介護職員の業務負担軽減へ向け検討を進めます。

⑧ 高齢者の就業支援

意欲ある高齢者が自らの知識や経験を活かして社会の一員として活躍できるよう、公益社団法人水俣・津奈木シルバー人材センターとの連携を強化します。



第6章 介護保険事業の円滑な運営

1 保険者機能の強化

(1) 地域マネジメントの実施

要支援者等の安心した在宅生活を支援するためには、地域のアセスメントが非常に重要です。本町の社会資源等の状況や、不足しているサービス、活かせる強みは何かを把握・分析し、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・推進を図る必要があります。

本町は、新規事業者の参入や専門職等の確保が難しい状況にあり、地域の通いの場において、住民主体の介護予防の推進と生活支援の仕組みづくりを進めていくことが、重要な課題となっています。このため、限りある資源を有効に活用しながら、高齢者の介護予防や自立支援・重度化防止の取組を推進していきます。

本計画の推進にあたっては、関係者間で本計画における取組の方向性や指標を共有し、「地域包括ケア『見える化』システム」等を活用した介護給付等の現状分析や、計画値とそれに対応する実績値の分析を行い、地域全体で継続的な改善を図っていきます。また、介護予防・日常生活支援総合事業や生活支援体制整備事業においても、地域マネジメントの視点によって地域の現状や課題を整理し、地域の自助や互助を促進していきます。

(2) 地域ケア会議の実施

地域ケア会議については、2か月に1回の定例化を行い、個別ケースの検討及び地域課題の抽出を行っています。地域ケア会議を充実させることは、ケアマネジャーの資質向上と高齢者個人に対する支援の充実、それらを支える社会基盤の整備にもつながります。

今後も、2か月に1回以上の開催を目指すとともに、ケースに応じてかかりつけ医や管理栄養士、歯科衛生士などの多職種との参画を図っていくことで、自立支援型ケアマネジメントに向けた取組を進めていきます。

2 介護給付の適正化に向けた取組の推進 (津奈木町介護給付適正化計画)

介護が必要な状態となっても安心して生活していくためには、質の高い介護保険サービスを適切に利用することのできる環境づくりが重要になります。介護給付の適正化とは、介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要なとする過不足のないサービスを事業者が適切に提供するように促すことであり、適切なサービスの確保とその結果としての費用の効率化を通じて、介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築を図るものです。また、重点的取組と目標の設定については、介護保険法117条に基づき市町村は「被保険者の自立支援、介護予防又は重度化防止」及び「介護給付の適正化」に関して本計画期間中に取り組むべき事項及びその目標値を定めることとされています。第4期熊本県介護給付適正化プログラム(平成30年度～令和2年度)の実施にあたっては、給付費が増加傾向である本町の現状を踏まえ「ケアプランの点検」、「医療情報突合・縦覧点検」を最重点項目、「住宅改修等の点検」を重点項目として取組目標を設定しました。

■第4期熊本県介護給付適正化プログラムにおける取組■

	第4期の取組内容
ケアプラン点検 (最重点項目)	居宅サービス利用者の5%のケアプランの点検を目標として設定し、点検を行った。地域ケア会議において多職種によるケアプランの点検を毎月実施し、ケアマネジャーにフィードバックを行った。また、高齢者向け住まい入居者のケアプラン点検は100%を目標とし、実施した。
医療情報突合・縦覧点検 (最重点項目)	国保連合会から提供される帳票について、医療情報突合及び縦覧点検(算定期間回数制限一覧表、居宅介護支援請求におけるサービス実施状況一覧)を毎月実施した。帳票でエラーのあるものについては必ず事業所等に照会し、過誤がないか確認を行った。
住宅改修等の点検 (重点項目)	すべての住宅改修において、施工前の住宅改修費支給申請書、工事見積書及び施工後の改修箇所写真等の確認を行った。また、改修の内容が、利用者の重度化防止や自立支援に資するものであるか、その費用が適切であるかを点検した。福祉用具貸与については、新規・更新いずれも必要性が確認できる書類の提出(7件)を求め、確認を行った。また、国保連の帳票を参考に、未使用である可能性があるものについては事業所へ確認し、利用者の状況に適していないと判断される場合は、ケアマネジャー等へ指導、助言を行った。

「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」(平成29年法律第52号)では、市町村介護保険事業計画において、介護給付等に要する費用の適正化に関し、市町村が取り組むべき施策に関する事項及びその目標を定めるものとされています。

本計画期間においても第7期より引き続いて本章を「津奈木町介護給付適正化計画」と定め、「ケアプランの点検」、「医療情報突合・縦覧点検」、「住宅改修の点検」、「福祉用具購入・貸与調査」、「要介護認定の適正化」の5つの重点項目の年度ごとの進捗を客観的な指標により評価し、実施することで、介護給付の適正化へつなげていきます。

(1) ケアプランの点検（最重点項目）

町内の居宅介護支援事業所のケアマネジャーに対して、作成したケアプランと課題整理総括表の提出を求め、個々の利用者にとって自立支援に向けた適切なケアマネジメントとなっているか、高齢者の状態に適さないサービス提供となっていないかなどを点検します。あわせて、ケアプランの作成支援を行います。

また、課題整理総括表や地域ケア会議等を活用した多職種による視点での点検を行い、その結果をケアマネジャーにフィードバックすることで、町内全体のケアマネジメントの質の向上を図るとともに、サービス付き高齢者住宅及び住宅型有料老人ホーム入居者等のケアプラン点検にも取り組んでいきます。さらに令和2年の豪雨による被災者への対応等の個別課題に対する点検を効果的に進めるため、仮設住宅入居者を対象として抽出し、ケアプランの点検を行います。

ケアプラン点検の目標値	令和3年度	令和4年度	令和5年度
居宅サービス利用者のケアプラン点検率	5%以上	5%以上	5%以上
地域ケア会議等を活用したケアプラン点検月数	6月以上	6月以上	6月以上
高齢者向け住まい入居者のケアプラン点検率	100%	100%	100%
仮設住宅入居者等のケアプラン点検	100%		

(2) 医療情報突合・縦覧点検（最重点項目）

医療情報との突合では、介護保険サービス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を確認していきます。

縦覧点検では介護保険サービス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）を点検し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数を確認するとともに、請求内容の誤りを早期に発見し、過誤申立て等の適切な処置を行っていきます。

活用帳票	過誤申立一覧表 算定期間回数制限縦覧チェック一覧表 医療給付状況突合確認表
------	---

医療情報との突合・縦覧点検の目標値	令和3年度	令和4年度	令和5年度
医療情報突合の実施	全月実施	全月実施	全月実施
縦覧点検の実施	全月実施	全月実施	全月実施

（３）住宅改修の点検（重点項目）

住宅改修については、一般的にその改修費用が高額となりやすいこと、一度施工すると原状回復が困難であることから、利用者の実態に沿って適切な住宅改修となっているかを確認するため、すべての住宅改修において、施工前の住宅改修費支給申請書、工事見積書及び施工後の改修箇所写真等の確認を行います。また、改修の内容が利用者の重度化防止や自立支援に資するものであるか、またその費用が適切であるかを点検していきます。

住宅改修点検の目標値	令和３年度	令和４年度	令和５年度
住宅改修の施行前点検実施率	100%	100%	100%
建築専門職、リハビリテーション専門職による 施行前点検実施率	10%	10%	10%

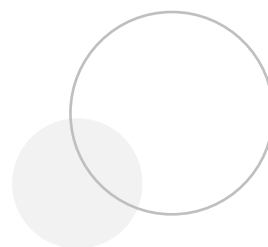
（４）福祉用具購入・貸与調査（重点項目）

福祉用具貸与については、第４期熊本県介護給付適正化プログラムと同様、軽度者（要支援１・２、要介護１）の福祉用具の利用実態を把握し、不適切な利用となっていないかを、重点項目として取り組んでいきます。なお、住宅改修・福祉用具貸与の一部については、地域リハビリテーション広域支援センター及び地域密着リハビリテーションセンター等の協力を得ながら、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。

福祉用具貸与点検の目標値	令和３年度	令和４年度	令和５年度
軽度者の福祉用具貸与点検実施率	100%	100%	100%
リハビリテーション専門職による 福祉用具貸与点検実施率	10%	10%	10%

（５）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。本町の要介護認定については、水俣芦北広域行政事務組合が実施しているため、認定審査の平準化について、組合に働きかけていきます。



第7章 地域支援事業の推進

地域支援事業とは、高齢者が要介護状態になることを予防するとともに、要介護状態になったとしても、可能な限り地域において自立した日常生活を送るために支援するためのサービスを提供するものです。

1 介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防・日常生活支援総合事業は、本町の実情に応じて地域住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実させることで地域の支え合いの体制づくりを推進する事業です。

介護予防・生活支援サービス事業については、今後も継続して、現行相当サービスに加え、水俣・津奈木のシルバー人材センターに訪問型サービスAを委託し、生活支援サービスを提供します。

一般介護予防事業については、介護状態になることを防ぐ、また、要介護状態になっても、住み慣れた地域でできる限り自立した生活を送ることができる地域の実現を目指し、いってみゆう会の参加者に対する体組成測定に継続して取り組むとともに、リハビリテーション専門職の通いの場への派遣を実施し、効果的な支援を行っていきます。また、地域住民が自主的に運営する通いの場の構築を目指し、必要に応じて介護予防サポーターの養成に取り組みます。

生活支援体制の整備においては、生活支援コーディネーターを1名、社会福祉協議会に設置し、協議体を立ち上げています。令和2年度に、協議体の提案を基に、生活支援ボランティア(有償ボランティア事業)の創設へ向け、養成講座を開催しました。今後も、生活支援コーディネーターが地域資源の整理と地域の多様な生活支援のニーズを把握していくとともに、生活支援ボランティアの安定した運営に向け、協議を進めていきます。

地域リハビリテーション活動支援事業では、リハビリテーション専門職との連携により、保健事業との一体的な実施を推進し、住民主体の通いの場の立ち上げ時のサポートや定期的な専門職の関与によるフレイル対策、認知症予防、地域ケア会議等への参加に取り組んでいます。

2 包括的支援事業

(1) 総合相談支援業務(再掲)

地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続できるよう、高齢者及びその家族からの在宅生活に関する総合的な相談に応じています。相談への対応については、制度の垣根を越えた多面的な援助を行っています。今後も、介護保険サービスを含めた地域における適切なサービスを受けることができるよう、サービス実施機関及び居宅介護支援事業所等との連絡調整を行うとともに、総合相談で得られた地域住民の福祉ニーズを地域包括支援センター職員間で共有し相談対応のスキルアップを図り、生活支援体制整備事業におけるサービスの検討に活かしていきます。

(2) 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、高齢者虐待の防止及び対応、困難事例への対応については、消費者被害の防止に関する諸制度を活用し、高齢者の権利擁護に取り組んでいきます。支援が必要なケースに対しては、社会福祉協議会の地域福祉権利擁護事業や生活困窮事業等における対応を行うほか、必要に応じて権利擁護センター（水俣市社会福祉協議会）をはじめとする関係機関との連携や、成年後見制度の活用に取り組みます。

(3) 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にあたっては、地域のケアマネジャーと関係機関の間の連携を支援するとともに、医療機関との連携体制の構築に取り組めます。また、包括的・継続的ケアマネジメント事業の効果的な実施に向けて、地域ケア会議や地域ケア推進会議の充実を図っていきます。参加機関についても、民生委員・児童委員や介護サービス事業者、生活保護・障がい福祉担当課など、多職種の参加を推進し、様々な事例に対応するノウハウの共有を目指します。地域におけるケアマネジャーのネットワークづくりについては、平成29年度より開始したケアマネ会を継続して実施し、信頼関係の構築を図ります。

地域のケアマネジャーの日常的業務に関する個別指導・相談にあたっては、引き続きサービス担当者会議の開催を支援するなど、専門的な見地からの対応を行います。今後は、ケアマネジャーと医療機関をはじめとする関係機関との意見交換やケアマネジャーに対する研修が定期的に行えるよう、年度ごとの開催計画の策定について、津奈木町地域包括支援センターとの協議を進めていきます。

(4) 指定介護予防支援事業

介護予防・日常生活支援総合事業の開始により、自立支援に向けたケアマネジメントの重要性がますます高まっています。介護保険における予防給付の対象となる要支援認定者が介護予防サービス等の適切な利用を行うことができるよう、地域包括支援センターにおいて、自立支援型ケアマネジメントの考え方に基づく介護予防サービス計画を作成します。介護予防支援業務の一部委託分については、サービス担当者会議や困難事例に積極的に対応していきます。また、サービスの提供が確保されるよう、関係機関との調整を行っていきます。

3 包括的支援事業(社会保障充実分)

(1) 在宅医療・介護連携推進事業(再掲)

本事業については、平成27年度より、本町と水俣市、芦北町の1市2町が連携し、一般社団法人水俣市芦北郡医師会に事業の一部を委託しながら実施しています。

今後も同法人と1市2町が協働し、事業の推進を図っていきます。また、保険者として在宅医療・介護連携推進事業の全体の取組を管理・調整し、津奈木町地域包括支援センター等の協力を得ながら、多職種連携による統合的なサービス提供による在宅生活の支援に取り組んでいきます。

(2) 生活支援体制整備事業(再掲)

高齢者の多様な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。現在、生活支援コーディネーターを1名、社会福祉協議会に設置し、協議体を立ち上げています。今後は、生活支援コーディネーターが地域資源の整理と地域の多様な生活支援のニーズを把握し、解決すべき課題に優先順位をつけ、取組を進めます。

(3) 認知症初期集中支援推進事業(再掲)

認知症の人やその家族に早期に関わることを目的に、認知症初期集中支援チームを立ち上げ、①対象者の把握②情報収集及び観察・評価③初回訪問時の支援④認知症サポート医を含めたチーム員会議の開催⑤初期集中支援の実施⑥評価を実施しています。

今後は、地域住民に対してチームの周知・啓発を図るとともに、認知症初期集中支援チームの活動から抽出された地域課題を地域ケア会議等で協議し、情報の共有と必要な対応を行っていきます。また、認知症初期集中支援チームや個別ケア会議から見てきた課題について、政策形成につなげていきます。

(4) 認知症地域支援・ケア向上事業(再掲)

認知症の人やその家族が、状況に応じて必要な医療や介護等のサービスを受けることができるよう、認知症地域支援推進員を中心とした関係機関の連携を強化し、地域における支援体制の構築、認知症ケアの向上に取り組みます。また、現在開催している認知症カフェにおいては、今後も活動を継続していくとともに、認知症を地域で支える拠点としての機能を強化するため、周知に努め参加者を募ります。運営や実施においては、地域の認知症サポーターの活用を検討します。

(5) 地域ケア会議推進事業(再掲)

2か月に1回を目途に地域ケア会議を開催し、町内事業所の専門職等の参画による個別ケースの検討・地域課題の抽出を行っています。

本町には社会資源が少ないことや、介護や生活支援の担い手が不足している等の理由により、要支援状態の方や事業対象者の自立支援に向けたサービスを、現行相当サービスに依存している現状にあります。このため、地域ケア会議では、インフォーマルサービスの創出や乗り合いタクシーの利便性の改善、認知症高齢者への支援等が課題として挙げられています。

今後も、検討ケースに応じて認知症サポート医や多職種の参画にも取り組みながら、地域ケア会議で抽出した検討課題を基に、医療と介護の連携や認知症への対応策等の検討、町内に不足しているサービスの開発につなげていきます。なお、地域ケア会議を計画的に開催するための開催計画の策定、地域ケア会議で検討した個別事例のその後のモニタリングの方法、会議の議事録や決定事項を共有するための仕組みについて、検討を進めていきます。

地域ケア会議で把握している地域の課題

- ・ 短時間で預けられる場所や家族が不在時に訪問してくれる等、柔軟に対応できるサービスや有償ボランティアによるワンコインサービス等のインフォーマルサービスの開発
- ・ 乗り合いタクシーの小型化や停留所の拡大、利便性の改善
- ・ 送迎等に関するボランティアの育成
- ・ SOSネットワークの強化
- ・ 町の社会福祉資源マップづくり
- ・ 共働き家庭における認知症家族介護への支援（日中独居状態など）
- ・ 老々介護への対応
- ・ 認知症高齢者の徘徊等への対応
- ・ 社会資源不足による退院支援が困難
- ・ 独居で認知症等の問題行動がある方への支援（近所とのトラブル、ゴミ問題など）
- ・ 権利擁護事業の利用促進など
- ・ 同居する家族が抱える課題といった高齢者とその家族への支援

4 任意事業の推進

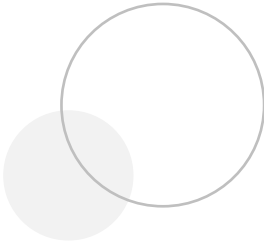
任意事業とは町の判断により、国、県からの交付金や介護保険料を財源とする地域支援事業の中で行う事業です。安定した介護保険事業の運営や高齢者の自立した日常生活の支援に向けて、本町の実情に応じた効果的・効率的な任意事業を実施していきます。

家族介護支援事業
家族介護支援事業では、家庭で家族を介護している人を日常の介護から一時的に開放させることや、介護する人同士の交流に参加する場を作り、心身の元気回復を図ることを目的に事業を実施しています。また、介護の困りごとの改善や情報交換を目的に講師を招き、年に4回程度の家族教室を開催し、家族介護支援に取り組んでいきます。

5 地域支援事業の計画的な推進

主な地域支援事業の量の見込みを、以下のとおりとします。

	事業名		令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護予防・日常生活支援総合事業	訪問型予防サービス 現行相当サービス	サービス利用者数/月	21	21	21
	訪問型予防サービス 訪問型サービスA	サービス利用者数/月	2	2	2
	通所型予防サービス 現行相当サービス	サービス利用者数/月	30	30	30
	介護予防普及啓発事業 いってみゆう会	開催回数/年	360	360	360
	地域介護予防活動支援事業 体組成測定会	開催回数/年	30	30	30
包括的支援事業	地域包括支援センター運営人員	職員数	3	3	3
	在宅医療・介護連携推進事業	在宅医療連携体制検討 地域会議開催回数/年	2	2	2
	生活支援体制整備事業	生活支援 コーディネーター配置数	1	1	1
	生活支援体制整備事業	協議体開催数/年	3	3	3
	認知症初期集中支援推進事業	認知症初期集中支援チー ム検討委員会開催回数	1	1	1
	認知症地域支援・ケア向上事業	認知症地域支援 推進員配置数	1	1	1
	地域ケア会議推進事業	地域ケア個別会議 開催回数/年	6	6	6

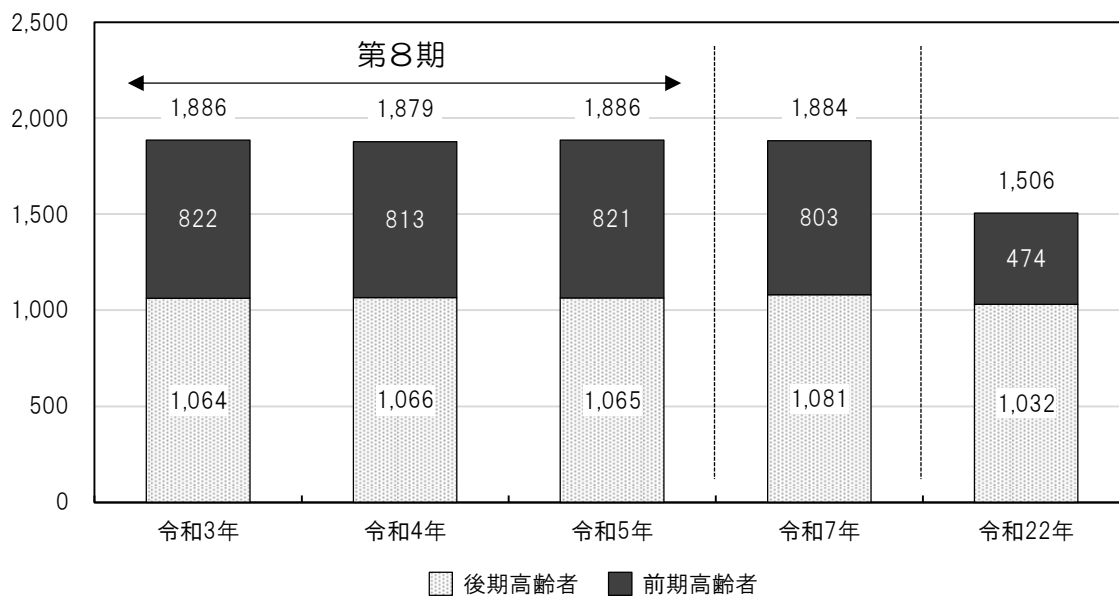


第8章 介護保険事業量の見込み及び 保険料の設定

1 被保険者の推計

第1号被保険者数は、計画期間中はほぼ横ばいで推移すると考えられます。一方で、第2号被保険者は減少しており、令和5年には1,215人になると見込まれています。

(人)



(単位：人)

	令和3年	令和4年	令和5年	令和7年	令和22年
総数	3,193	3,152	3,101	3,009	2,192
第1号被保険者	1,886	1,879	1,886	1,884	1,506
第2号被保険者	1,307	1,273	1,215	1,125	686

2 介護保険サービスの整備方針

地域包括ケアシステムの構築にあたっては、訪問介護、訪問看護等の在宅サービスの充実及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスの基盤整備を行うことで、在宅生活の限界点を高めていく必要があります。本町の後期高齢者人口は現在減少傾向であり、85 歳以上の高齢者も計画期間中は微増であることから、本計画期間における新たな基盤整備は行わず、早急な対応が必要な方については、近隣市町村の事業所との連携により対応していきます。在宅生活の限界点を高めるための 24 時間対応サービス等の充実を含め、地域密着型サービスにおける整備の必要性については、今後も特別養護老人ホームの待機者の状況や地域住民及び町内ケアマネジャーの意見を把握しながら、慎重に検討していきます。

■地域密着型サービスの利用定員

(単位：人)

	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
認知症対応型共同生活介護	45	45	45	45
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	29	29	29	29

3 介護給付費対象サービスの見込み

(1) 施設・居住系サービスの利用者数の見込み

要支援・要介護認定者数の推計後、令和5年度（2023年度）、及び令和7年度（2025年度）、令和22年（2040年度）に向けた施設・居住系サービス利用者を要介護度別に推計します。なお、介護療養型医療施設は令和5年度（2023年度）末に廃止されることとなっており、新たな指定は行わないこととなっています。

■施設・居住系サービス利用者数の推移と今後の見込み

（単位：人）

区分	実績			計画			推計	
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度	令和22年度
介護老人福祉施設	57	57	53	57	57	57	57	57
介護老人保健施設	11	8	3	9	9	9	9	9
介護医療院	0	2	0	2	2	2	8	8
介護療養型医療施設	7	8	4	6	6	6		
地域密着型介護老人福祉施設	28	28	29	29	29	29	29	29
施設サービス利用者計	103	103	89	103	103	103	103	103
特定施設入居者生活介護	1	3	1	1	1	1	1	1
認知症対応型共同生活介護	27	33	46	44	44	44	44	44
居住系介護サービス利用者数計	28	36	47	45	45	45	45	45
介護予防特定施設入居者生活介護	1	0	0	0	0	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	2	2	1	1	1	1	1	1
居住系介護予防サービス利用者計	3	2	1	1	1	1	1	1

※小数点以下を四捨五入しており、合計値が若干違う場合があります。（以下同じ）

（２）在宅サービス利用者数の見込み

全体の認定者数のうち、施設・居住系サービス利用人数を除いた人数が在宅サービス利用者数です。各在宅サービスの利用者数は、在宅サービス利用者数に各サービス利用率を掛けて見込みます。

■在宅サービス利用者数の推移と今後の見込み

（単位：人）

区分		実績			計画			推計	
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和7年度	令和22年度
要 支 援 1		54	65	47	55	56	56	57	52
要 支 援 2		63	56	62	63	64	64	64	60
要 介 護 1		77	70	71	71	71	71	71	65
要 介 護 2		36	41	46	38	39	38	37	32
要 介 護 3		29	18	6	14	15	16	16	11
要 介 護 4		18	14	28	22	21	20	20	14
要 介 護 5		10	8	7	2	1	1	1	0
在宅サービス 対象者数 計		286	273	267	265	267	266	266	231

4 介護サービス給付費・見込み量の推計

(1) 介護サービス給付費・見込み量推計の総量

(単位 上段：千円/年、中段：回/月・日/月、下段：人/月)

		令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 7年度	令和 22年度
(1) 居宅サービス	給付費計	146,841	152,668	156,715	154,061	134,022
訪問介護	給付費	20,823	22,477	24,120	22,160	19,311
	回数	593.6	642.0	690.4	634.1	551.3
	人数	32	33	34	32	29
訪問入浴介護	給付費	745	746	746	746	746
	回数	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
	人数	2	2	2	2	2
訪問看護	給付費	14,474	16,669	15,742	15,742	14,068
	回数	194.1	223.4	210.1	210.1	188.8
	人数	22	24	23	23	21
訪問リハビリテーション	給付費	4,023	4,771	5,517	8,954	6,716
	回数	115.9	137.5	159.1	258.8	194.0
	人数	9	10	11	15	12
居宅療養管理指導	給付費	1,841	1,842	1,842	1,842	1,702
	人数	13	13	13	13	12
通所介護	給付費	37,748	37,769	37,769	37,769	35,435
	回数	450.7	450.7	450.7	450.7	420.1
	人数	50	50	50	50	47
通所リハビリテーション	給付費	31,162	31,180	33,100	33,100	25,126
	回数	307.8	307.8	324.5	324.5	250.7
	人数	32	32	33	33	27
短期入所生活介護	給付費	25,343	26,354	26,841	23,065	21,099
	日数	266.7	277.3	282.2	245.9	223.7
	人数	24	26	27	24	21
短期入所療養介護	給付費	0	0	0	0	0
	日数	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0	0
福祉用具貸与	給付費	7,316	7,493	7,671	7,316	6,452
	人数	52	53	54	52	47
特定福祉用具購入費	給付費	328	328	328	328	328
	人数	1	1	1	1	1
住宅改修費	給付費	536	536	536	536	536
	人数	1	1	1	1	1
特定施設入居者生活介護	給付費	2,502	2,503	2,503	2,503	2,503
	人数	1	1	1	1	1

(単位 上段：千円/年、中段：回/月・日/月、下段：人/月)

		令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 7年度	令和 22年度
(2) 地域密着型サービス	給付費計	233,999	234,130	234,130	234,130	232,262
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	給付費	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0
夜間対応型訪問介護	給付費	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0
地域密着型通所介護	給付費	0	0	0	0	0
	回数	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0	0
認知症対応型通所介護	給付費	7,458	7,463	7,463	7,463	5,595
	回数	65.9	65.9	65.9	65.9	49.6
	人数	8	8	8	8	6
小規模多機能型居宅介護	給付費	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	給付費	132,091	132,165	132,165	132,165	132,165
	人数	44	44	44	44	44
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	給付費	94,450	94,502	94,502	94,502	94,502
	人数	29	29	29	29	29
看護小規模多機能型居宅介護	給付費	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0
(3) 施設サービス	給付費計	245,183	245,318	245,318	247,433	247,433
介護老人福祉施設	給付費	179,585	179,684	179,684	179,684	179,684
	人数	57	57	57	57	57
介護老人保健施設	給付費	30,279	30,296	30,296	30,296	30,296
	人数	9	9	9	9	9
介護医療院	給付費	9,280	9,285	9,285	37,453	37,453
	人数	2	2	2	8	8
介護療養型医療施設	給付費	26,039	26,053	26,053		
	人数	6	6	6		
(4) 居宅介護支援	給付費	16,154	16,369	16,574	16,410	13,990
	人数	94	95	96	95	82
合計	給付費	642,177	648,485	652,737	652,034	627,707

(2) 介護予防サービス給付費・見込み量推計の総量

(単位 上段：千円/年、中段：回/月・日/月、下段：人/月)

		令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 7年度	令和 22年度
(1) 介護予防サービス	給付費計	33,676	33,806	34,168	33,875	31,704
介護予防訪問入浴介護	給付費	0	0	0	0	0
	回数	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0	0
介護予防訪問看護	給付費	12,486	12,493	12,493	12,493	11,375
	回数	214.9	214.9	214.9	214.9	195.6
	人数	12	12	12	12	11
介護予防訪問リハビリテーション	給付費	1,496	1,497	1,497	1,497	1,497
	回数	42.5	42.5	42.5	42.5	42.5
	人数	5	5	5	5	5
介護予防居宅療養管理指導	給付費	765	765	765	765	765
	人数	6	6	6	6	6
介護予防通所リハビリテーション	給付費	14,021	14,029	14,029	14,029	13,273
	人数	35	35	35	35	33
介護予防短期入所生活介護	給付費	362	362	724	362	362
	日数	4.7	4.7	9.4	4.7	4.7
	人数	1	1	2	1	1
介護予防短期入所療養介護	給付費	0	0	0	0	0
	日数	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数	0	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	給付費	4,068	4,182	4,182	4,251	3,954
	人数	40	41	41	42	39
介護予防特定福祉用具購入費	給付費	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0
介護予防住宅改修費	給付費	478	478	478	478	478
	人数	1	1	1	1	1
介護予防特定施設入居者生活介護	給付費	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0
(2) 地域密着型サービス	給付費計	4,410	4,413	4,413	4,413	4,413
介護予防認知症対応型通所介護	給付費	1,662	1,663	1,663	1,663	1,663
	回数	16.8	16.8	16.8	16.8	16.8
	人数	2	2	2	2	2
介護予防小規模多機能型居宅介護	給付費	0	0	0	0	0
	人数	0	0	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	給付費	2,748	2,750	2,750	2,750	2,750
	人数	1	1	1	1	1
(3) 介護予防支援	給付費	3,912	3,914	3,914	3,970	3,690
	人数	70	70	70	71	66
合計	給付費	41,998	42,133	42,495	42,258	39,807

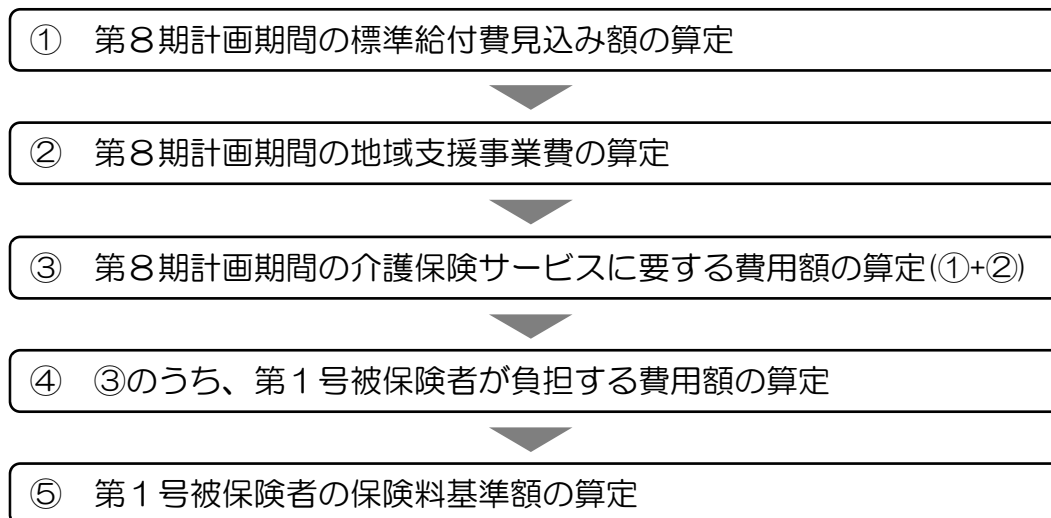
総給付費 (介護サービス給付費+介護予防サービス給付費)	684,175	690,618	695,232	694,292	667,514
---------------------------------	---------	---------	---------	---------	---------

5 第8期保険料の算定

(1) 第1号被保険者の保険料基準額の考え方

65歳以上の第1号被保険者の保険料は、本町の被保険者が利用する介護保険サービスに要する費用等から算出されます。このため、利用量が増加すると保険料も増加することとなります。

介護保険料設定の考え方



(2) 標準給付費見込み額の算定

標準給付費は、総給付費に特定入所者介護サービス費等給付額、高額介護サービス費等給付額、高額医療合算介護サービス費等給付額、算定対象審査支払手数料を加えた金額です。

	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 7年度	令和 22年度
標準給付費見込額	734,812,825	738,638,624	743,144,276	742,321,838	711,607,737
総給付費	684,175,000	690,618,000	695,232,000	694,292,000	667,514,000
特定入所者介護サービス費等 給付額（財政影響額調整後）	34,140,774	31,481,970	31,397,000	31,402,375	28,748,656
高額介護サービス費等給付 額（財政影響額調整後）	15,871,788	15,890,444	15,852,245	15,852,245	14,515,309
高額医療合算介護サービ ス費等給付額	59,748	60,188	59,602	59,748	57,112
算定対象審査支払手数料	565,515	588,022	603,429	715,470	772,660

（単位：円/年）

(3) 地域支援事業費の算定

① 介護予防訪問介護相当サービス、介護予防通所介護相当サービス、介護予防ケアマネジメント等の見込み量・事業費推計

		令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 7年度	令和 22年度
(1) 訪問型サービス						
介護予防訪問介護 相当サービス	事業費	6,265,678	6,242,422	6,265,678	6,259,033	5,003,240
	人数	21	21	21	21	17
訪問型サービス A	事業費	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000
	人数	2	2	2	2	2
(2) 通所型サービス						
介護予防通所介護 相当サービス	事業費	8,769,983	8,737,433	8,769,983	8,760,683	7,002,967
	人数	30	30	30	30	24
通所型サービス C	事業費	0	0	0	0	0
(3) 介護予防ケアマネジメント	事業費	1,694,820	1,688,530	1,694,820	1,693,023	1,353,340
合計	事業費	16,780,481	16,718,385	16,780,481	16,762,739	13,409,547

(単位 上段：円/年、下段：人/月)

② 介護予防・日常生活支援総合事業事業費推計の総量

	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 7年度	令和 22年度
介護予防・ 生活支援サービス事業費	15,672,529	15,614,546	15,672,529	15,655,963	12,524,831
一般介護予防事業費	7,130,193	7,103,728	7,130,193	7,122,631	5,693,568
計	22,802,722	22,718,274	22,802,722	22,778,594	18,218,399

(単位：円/年)

③ 包括的支援事業及び任意事業費推計の総量

	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 7年度	令和 22年度
包括的支援事業 (地域包括支援センターの運営)	4,997,350	4,978,802	4,997,350	4,992,051	3,990,461
包括的支援事業 (社会保障充実分)	13,910,008	13,869,659	10,871,008	10,859,479	8,680,666
任意事業	193,172	192,455	193,172	192,967	154,251

(単位：円/年)

④ 地域支援事業費計

	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 7年度	令和 22年度
地域支援事業費	43,011,204	42,863,029	39,972,204	39,929,867	31,928,493

(単位：円/年)

(4) 第8期計画期間における介護保険サービスに要する費用額の算定

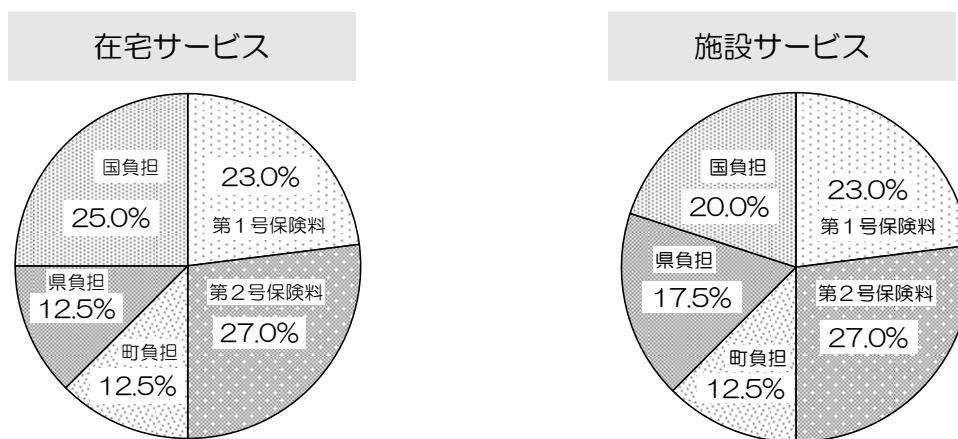
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	合 計
標準給付費見込額	734,812,825	738,638,624	743,144,276	2,216,595,725
地域支援事業費	43,011,204	42,863,029	39,972,204	125,846,437
介護保険サービスに要する費用額	777,824,029	781,501,653	783,116,480	2,342,442,162

(単位：円)

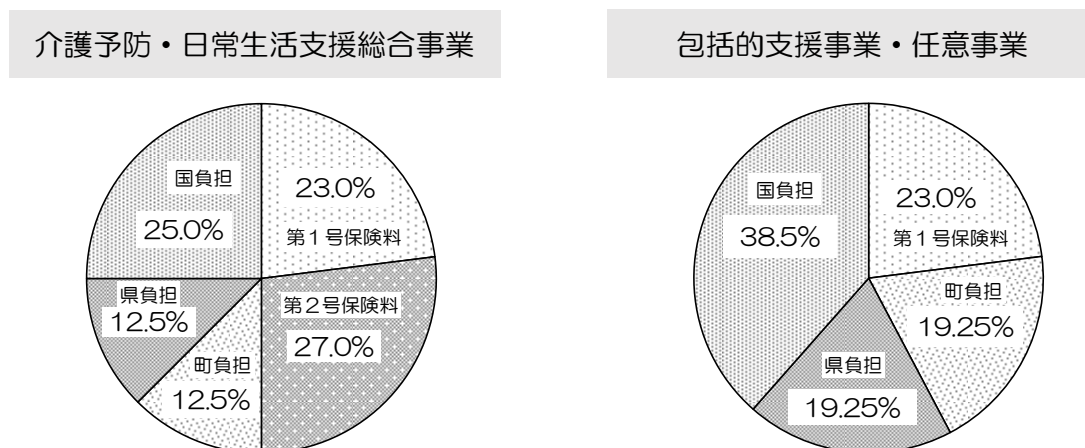
（５）第１号被保険者の負担割合

介護保険の財源は、第１号被保険者の保険料のほか、第２号被保険者の保険料、国・県・保険者の負担金、国の調整交付金によって構成されます。第１号被保険者の第８期計画での負担割合は、第７期計画と同様の 23.0%になりました。

●介護給付費の財源構成●



●地域支援事業費の財源構成●



（６）第８期の第１号被保険者の保険料基準額

第８期計画期間における介護保険サービスに要する費用額に、負担割合、調整交付金、介護保険基金の取り崩し等を考慮した結果、本町の第１号被保険者が負担する費用の総額（保険料収納必要額）は約 5.3 億円となります。この保険料収納必要額を予定収納率及び３年間の補正後被保険者数で除した額が第８期計画期間における第１号被保険者の保険料基準額となり、その月額は 6,100 円です。なお、介護報酬改定に係る影響などを考慮し、これまでの基金を 3,450 万円取り崩すことで、約 570 円の減額を図ります。

第８期の第１号被保険者の保険料基準額の算定

第 1 号被保険者負担分相当額	538,761,697 円			
+				
調整交付金相当額	114,411,959 円			
—				
調整交付金見込み額	249,160,000 円			
—				
財政安定化基金交付額	0 円			
—				
介護保険基金取崩額	34,500,000 円			
—				
保険者機能強化推進交付金等の交付見込額	3,084,000 円			
=				
保険料収納必要額	366,429,657 円			
保険料収納必要額 366,429,657 円	÷	予定保険料収納率 99.7%	÷	所得段階別加入割合 補正後被保険者数 5,024 人
端数切り上げ				
保険料基準額 73,200 円	÷	12 か月		
第 8 期保険料基準月額 6,100 円				
第 7 期保険料基準月額 6,100 円				

※小数点以下を四捨五入しており、各項目の合計が記載の値と一致しない場合があります。

(7) 所得段階別第1号被保険者の保険料

第7期計画期間中の保険料段階は、低所得者に配慮するとともに、負担能力に応じた保険料設定とするため9段階に設定し、上限の段階を「基準所得金額が320万円以上」としていました。第8期計画期間中においても、該当の被保険者数が約1.6%と少ないため多段階化はせず、継続して9段階とします。

第8期の所得段階別保険料				
段階	要件	料率	保険料年額	保険料月額
第1段階	生活保護者、老齢福祉年金で世帯全員住民税非課税で本人年金収入等80万円以下	0.50 (0.3)	36,600 (22,000)	3,050 (1,830)
第2段階	世帯全員住民税非課税で本人年金収入等80万円超120万円以下	0.75 (0.5)	54,900 (36,600)	4,575 (3,050)
第3段階	世帯全員住民税非課税で本人年金収入等120万円超	0.75 (0.7)	54,900 (51,300)	4,575 (4,270)
第4段階	本人住民税非課税で本人年金収入等80万円以下	0.90	65,900	5,490
第5段階	本人住民税非課税で本人年金収入等80万円超	1.00	73,200	6,100
第6段階	本人住民税課税で基準所得金額が120万円未満	1.20	87,900	7,320
第7段階	本人住民税課税で基準所得金額が120万円以上210万円未満	1.30	95,200	7,930
第8段階	本人住民税課税で基準所得金額が210万円以上320万円未満	1.50	109,800	9,150
第9段階	本人住民税課税で基準所得金額が320万円以上	1.70	124,500	10,370

() 内は非課税世帯を対象とした公費負担による保険料率・保険料額です。

※月額保険料は、基準額に各段階の割合を乗じたものとなります。

※年額保険料は、月額保険料に12月を乗じて100円単位に繰り上げたものとなります。

6 計画の推進に向けて

(1) 計画の推進体制

① 庁内における連携体制

本計画に係る事業は、保健事業、介護保険サービス、介護予防、高齢者福祉サービス等の保健福祉関連分野だけでなく、まちづくりや交通政策、生涯学習等多岐にわたる施策が関連します。このため、関係各課が連携し、一体となった取組を進めることで、計画の円滑な推進を図ります。

② 地域住民・関係機関・団体やサービス事業者、県等との連携

社会福祉協議会や医師会、民生委員・児童委員、老人クラブ、地域組織、教育機関、サービス提供事業者、保健・医療機関、NPO等、様々な団体及び熊本県との協働体制及び連携の強化に取り組み、高齢者がいきいきと暮らせるまちづくりの推進を図ります。

③ 計画の周知・啓発

本計画について、広報誌、町のホームページなど多様な媒体や各種事業を通して広報活動を行い、町民やサービス事業所等への周知・啓発を図ります。

(2) 計画の進捗管理

本計画は、高齢化が進む中、介護や支援を必要とする状態になっても、可能な限り住み慣れた地域で生きがいを持ち、安心して暮らせるまちの実現を目指します。そのためには、町民・地域・行政・介護保険サービス事業者・医療機関等が一体となって本計画を推進する必要があります。

そこで、本町の関係各課が中心となり、高齢者の健康・介護予防、生きがいづくり、住まいの整備など高齢者をサポートする幅広い取組を計画的・総合的に進めます。

また、主な取組の方向性の状況や数値目標の達成状況について評価を行い、その後施策・事業に反映できるよう、PDCAサイクル（計画の作成－計画の実施－点検・評価－改善）による効果的な進捗管理を行います。

資料編

津奈木町高齢者保健福祉推進委員会設置要綱

平成13年3月30日

告示第13号

(趣旨)

第1条 この要綱は、津奈木町高齢者保健福祉推進委員会の設置及び運営に関して必要な事項を定めるものとする。

(設置)

第2条 町は、高齢者に係る保健福祉施策等の推進を図るため、津奈木町高齢者保健福祉推進委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(協議事項)

第3条 委員会は、津奈木町高齢者保健福祉計画及び津奈木町介護保険事業計画（以下「計画」という。）の推進、計画の見直し等高齢者の保健福祉に関する事項について協議する。

(構成)

第4条 委員会は、委員15人以内で構成する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから町長が委嘱し、又は任命する。

- (1) 学識経験者
- (2) 保健・医療・福祉関係者
- (3) 介護保険被保険者の代表
- (4) 町職員
- (5) その他町長が必要と認める者

(委員の任期)

第5条 委員会の委員の任期は、3年とし、再任を妨げない。ただし、欠員を補充した場合は、前任者の残任期間とする。

(委員長及び副委員長)

第6条 委員会に委員長及び副委員長を置き、委員長は委員の互選によりこれを選出し、副委員長は委員のうちから委員長が指名する。

2 委員会の会議は、委員長が招集し、委員長が議長となる。

3 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、その職務を代理する。

(庶務)

第7条 委員会の庶務は、ほけん福祉課において処理する。

(雑則)

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

附 則

この要綱は、平成13年4月1日から施行する。

策定委員会名簿

(順不同・敬称略)

氏名	団体名	分野	備考
森本 美喜子	健康づくり推進協議会代表	保健関係	
伊藤 安子	地域保健推進委員代表	保健関係	
上村 道子	特別養護老人ホームあけぼの苑施設長	福祉関係	
松本 美由紀	つなぎの里施設長	福祉関係	
濱本 房子	民生（児童）委員協議会副会長	福祉関係	
濱田 孝成	身体障害者互助会長	福祉関係	
上村 正雄	津奈木町社会福祉協議会副会長	福祉関係	
福山 榮喜	老人クラブ連合会長	介護保険被保険者	
石田 ミサ子	連合婦人会長	介護保険被保険者	
川野 雄一	議会議長	学識経験者 会長	委員長
上村 勝法	議会教育住民常任委員長	学識経験者	
北岡 あつむ	国保運営協議会長	学識経験者 副会長	副委員長
六車 資博	六車医院院長 兼社会福祉法人清風会理事長	医療関係	
吉澤 信久	総務課長	町職員	

用語集

■インセンティブ

目標を達成するための刺激・誘因のこと。

■介護医療院

「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設。地域包括ケアシステムの5要素（医療、介護、生活支援、予防、住まい）のうち、介護療養型医療施設が持つ「医療」「介護」「生活支援」に加え「住まい」の機能を持った長期療養を目的とした施設。

■介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

介護保険制度の改正により、平成28年4月から、要支援1・2の方が利用できる介護保険サービスのうち、「介護予防訪問介護（ホームヘルプ）」と「介護予防通所介護（デイサービス）」が、国の基準で実施していた介護予防給付サービスから、本町の基準で実施する「介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）」に移行された。「訪問型サービス」、「通所型サービス」からなる「介護予防・生活支援サービス事業」と、主に全ての高齢者を対象とした「一般介護予防事業」で構成される。

■課題整理総括表

介護保険サービス利用者の状況（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。

■協議体

新しい総合事業の生活支援・介護予防の体制の整備に当たり、町が主体となり、生活支援コーディネーターと生活支援・介護予防サービスの提供主体等が参画し、地域のニーズの発掘や多様な主体への働きかけ、関係者との連携、担い手養成やサービスの開発などの課題を検討する場。

■ケアプラン

在宅の要介護者等が、介護サービスを適切に利用できるように、心身の状況、生活環境、サービス利用の意向等を勘案して、サービスの種類、内容、時間及び事業者を定めた計画。

■ケアマネジャー（介護支援専門員）

利用者の身体状態等に合わせケアプランを作成するとともに、サービス事業者等との調整やプラン作成後のサービス利用状況等の管理を行う者。

■事業対象者

基本チェックリストを用いた簡易な形で介護予防・生活支援サービス事業の対象と判断された者。

■市民後見人

成年後見制度によって活動する後見人の類型の一つで、弁護士等の専門職による後見人（専門職後見人）以外の後見人のこと。日常的な金銭管理や紛争性のない事案等、必ずしも専門性が要求されない事案を担う役割が期待されている。

■生活支援コーディネーター

生活支援サービスの充実及び高齢者の社会参加に向けて、ボランティア等の生活支援・介護予防の担い手の養成・発掘等地域資源の開発や、関係者間の情報共有・連携体制づくり等を担う者。

■ターミナル

終末期のこと。余命わずかになってしまった人に対して行うケアをターミナルケア（終末期医療、終末期看護）と言う。

■地域共生社会

制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を目指すもの。

■地域ケア会議

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とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法。町や地域包括支援センター等が主催し、①医療、介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める、②個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化する、③共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映等の政策形成につなげる、といった目的がある。

■地域包括ケアシステム

高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供される体制。

■地域包括ケア「見える化」システム

都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システム。介護保険に関連する情報ははじめ、地域包括ケアシステムの構築に関する様々な情報が一元化され、グラフ等を用いた見やすい形で提供される。

■地域包括支援センター運営協議会

地域包括支援センターの公正及び中立性を確保し、円滑かつ適正な運営を図るため、①センターの運営に関すること、②センターの職員の確保に関すること、③その他、地域包括ケアの推進に関することについて調査、審議する機関。

■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（「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書（平成28年3月）」より）。

■調整交付金

市町村ごとの介護保険財政の調整を行うため、全国ベースで給付費の5%相当分を交付するもの。普通調整交付金と特別調整交付金の2つがある。普通調整交付金は、第1号被保険者のうち75歳以上である者の割合（後期高齢者加入割合）及び所得段階別被保険者割合の全国平均との格差により生ずる保険料基準額の格差調整のために交付されるものである。特別調整交付金は、災害等の特別な事情がある場合に交付されるもので普通調整交付金の残額が特別調整交付金の総額となる。

■認知症ケアパス

認知症の状況に応じて、いつ、どこで、どのような医療や介護サービス等が利用できるかの概略を示したもの。

■認知症疾患医療センター

認知症の早期発見・診療体制の充実、医療と介護の連携強化、専門医療相談の充実を図ることを目的とした医療機関。

■認知症地域支援推進員

認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、関係機関の連携支援のほか、認知症施策や事業の企画調整等を行う者。

■フレイル

加齢とともに心身の活力（運動機能や認知機能など）が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した虚弱な状態。一方で、適切な介入や支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像をいう。

■訪問型サービスD

介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の45第1項第1号に基づき実施するサービス。介護予防・日常生活支援総合事業と一体的に行う移動支援及び移送前後の生活支援を行う。

■補正後被保険者数

各所得段階別の第1号被保険者見込み数に、各段階の保険料の基準額に対する割合を乗算して割り振った人数。

津奈木町高齢者保健福祉計画及び第8期介護保険事業計画

令和3年度～令和5年度(第8期)

発行：津奈木町

〒869-5692

熊本県葦北郡津奈木町大字小津奈木 2123 番地

電話：0966-78-3111(代表)

発行：令和3年3月