御船町高齢者保健福祉計画
第8期介護保険事業計画

基本理念

誰もが住み慣れた地域で自分らしく
安心して暮らせるよう支え合うまち
御船

令和３年３月

熊本県　御船町

～ 目　次 ～

第１部 総論 1
第１章 計画の概要 3
第１節 計画策定の趣旨と本町の取組 3
第２節 国の動向や介護保険制度改正を踏まえた計画策定 8
第２章 本町の現状 15
第１節 人口と高齢者の様子 15
第２節 生きがいづくりや社会参加の様子 21
第３節 日常生活圏域ニーズ調査（健康とくらしの調査）の概要 22
第４節 在宅介護実態調査の概要 30
第５節 介護人材実態調査の概要 32
第３章 基本理念と計画策定の考え方 34
第１節 計画の目指す姿 34
第２部 具体的施策 47
第１章 高齢者福祉・地域支援事業の展開 49
第１節 生涯現役社会の実現と自立支援、健康づくりの推進 49
第２節 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体制の整備 67
第３節 在宅でも安心して暮らせるための医療と介護の連携・在宅医療基盤の充実 77
第４節 住民の希望、地域の実情に応じた多様な住まい・サービス基盤の整備・活用 82
第５節 多様な介護人材の確保・定着や介護サービスの質の確保・向上 97
第２章 介護保険事業の量の見込みと確保策 101
第１節 介護保険事業の現状 101
第２節 介護保険事業量・事業費の推計手順 103
第３節 介護保険サービスの見込みと確保策 104
第３章 介護保険事業に係る費用と保険料の算出 121
第１節 介護保険事業費の算出 121
第２節 介護保険料の算出 125
第３節 2025 年のサービス水準等の推計 128
第４章 計画の推進 130
第１節 計画推進に向けた体制の拡充 130
第２節 計画の推進に向けた町民参画の推進 131
第３部 資料編 133

第１部　総論

第１章　計画の概要

第１節　計画策定の趣旨と本町の取組

１　計画策定の背景

我が国の総人口は減少局面に突入しており、今後、団塊の世代全員が 75 歳を迎える 2025 年には、一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯、認知症高齢者が増加するなど、地域社会において高齢者を取り巻く環境が大きく変容すると予測されています。

また、支援を要する高齢者の増加とは対極的に、2040 年までに生産年齢人口が大幅に減少することが見込まれており、高齢者が元気に暮らせるよう地域の実情に応じた施策・事業の実施が求められています。

そのため、これまで推進してきた、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるためのシステムづくりである「地域包括ケアシステム」を深化するべく、高齢者はもちろん、地域に住む全ての人々が支え合い、生きがいや役割を持ち、高め合う「地域共生社会」をコンセプトに、３年間の計画にとどまらず、2025 年に向けた中長期的な視点で施策を展開してきました。

本町では、地域づくりにおいて、平成 19 年度に介護予防・生活支援サポーター連絡協議会が設立され、令和２年度時点で約 400 名の登録があり、定期的に代表者会議や全体会が開催されています。この取り組みは、本町独自の地域包括ケアシステムの根幹をなすものであり、近所の困っている人のニーズに答えようとするインフォーマルサービス（NPO 法人・ボランティアなどが行う介護保険制度を使用しないサービス）です。地域住民が主体となり、行政に頼らない地域づくりによる介護予防と介護保険制度では対応できない高齢者の身近な生活支援を、身近に住む元気な高齢者が担い手として実施する仕組みとなっています。

昨今、子どもや高齢者、障がい者、生活困窮者など解決すべき課題テーマは多岐にわたっており、医療・福祉関係者を始めとした地域で暮らす全ての住民が、分野や立場を超えて集まり、地域・暮らし・生きがいを共に創り、高めあうことができる社会を目指していく必要があります。

また、今後も、高齢者の抱える多様な課題やニーズに対応していくために、高齢者の健康づくりや生きがいづくり、互いに支え合う「自助・互助・共助・公助」の考え方に立った、地域全体で支え合う仕組みづくりとなる「地域包括ケアシステム」を深化・推進していくことが重要です。

そのためにも、高齢者福祉サービス・介護保険サービスの整備を検討し、多くの高齢者が健康で、仕事や地域の中の活動などで役割を担いつつ活躍できる取り組みの充実を図っていくことを目指し、『御船町高齢者保健福祉計画・第８期介護保険事業計画』を策定しました。

〈介護保険制度の経過〉

第１期　制度開始

平成12年度～平成14年度
全国平均　2,911円

- サービスを原則１割の負担をしながら利用する制度の開始
- ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイ（在宅３本柱）の利用が増加

県平均：2,993 円
御船町：3,200 円

第２期　制度定着

平成15年度～平成17年度
全国平均　3,293円

- 施設入所の適正化とケアマネジャーなどの資質向上サービスの質の向上、在宅強化
- 要支援、要介護１の軽度認定者の掘り起こしが進む

県平均：3,800 円
御船町：3,740 円

第３期　制度改正

平成18年度～平成20年度
全国平均　4,090円

- 介護予防システムの構築と高齢者の尊厳を考えたケアの確立
- 「量」から「質」、「施設」から「在宅」、そして地域ケアの視点を重視
- 地域包括支援センターの設置と地域密着型サービスの提供開始

県平均：4,412 円
御船町：4,300 円

第４期　予防の強化と地域福祉との連携

平成21年度～平成23年度
全国平均　4,160円

- 特定高齢者対策や介護予防、健康づくりの推進
- 介護給付の適正化（要介護認定やケアマネジメントなどの適正化）
- 介護サービス事業所に対する制度内容の周知、助言及び指導、監督の適切な実施

県平均：4,357 円
御船町：4,420 円

第５期　地域包括ケアシステムの構築

平成24年度～平成26年度
全国平均　4,972円

- 地域包括ケアシステムの構築に向けた、医療、介護、予防、生活支援、住まいの連携強化により、高齢者が包括的・継続的にサービスを受けられる体制づくり
- 施設・居住系サービスの適正な整備に関する参酌標準（37%枠）の撤廃

県平均：5,138 円
御船町：4,920 円

第６期　在宅医療・介護の連携と包括的支援

平成27年度～平成29年度
全国平均　5,514円

- 地域包括ケア実現のための方向性を継承し、在宅医療・介護連携などの本格化
- 2025 年までのサービス・保険料水準など中長期的な視野に立った施策の展開
- 市町村の独自事業に位置付けられた介護予防・日常生活支援総合事業の導入

県平均：5,684 円
御船町：5,540 円

第７期　介護予防・総合事業の開始と権限強化

平成30年度～平成32年度
全国平均　5,869円

- 新しい介護予防・日常生活支援総合事業の開始
- 在宅医療・介護連携の強化や認知症施策の推進と地域ケア推進会議の設置
- 居宅介護支援事業所の権限移行など市町村権限の強化
- 保険者機能強化推進交付金（インセンティブ）の創設による評価の仕組みと責任の明確化

県平均：6,374 円
御船町：6,400 円

〈保険者に求められる機能の変化〉

第１～２期　介護保険制度の適切な運用

- 多くの保険者が法令に則った適切な運用を行うための体制づくりに注力。
- 普遍性の高い制度の基本設計もあり、比較的、標準化された地域の仕組みが構築された。

地域包括支援センターの創設
地域密着型サービスの導入

第３期以降　地域マネジメントに向けた体制・制度整備（保険者の裁量の拡大）

- 地域密着型サービスの導入により、サービス基盤整備における市町村裁量が拡大され、「介護施策支援システム」が導入されたことで、介護給付の利用実態や現状の把握が可能となった。
- 地域包括支援センターの設立によって、それぞれの地域独自のマネジメント体制が構築された。

地域ケア会議・協議体の導入
見える化システムの本格稼働
保険者機能強化推進交付金の導入

第７期以降　地域マネジメントのための具体的なツールの導入（評価の仕組みとマネジメント責任の明確化）

- 各地域における取り組みによって得られた成果の「見える化」が進む中で、各保険者の成果や結果に対するマネジメント責任が重視される流れに。
- 地域ケア会議や協議体、見える化システムなど、より地域全体で地域マネジメントを進める体制の構築が進む。

２　周辺自治体との比較による地域特性

本町は､熊本市の東南 16.6km に位置し、方位は東経 130 度 48 分、北緯 32 度 42 分、東西約 20km、南北約 10km に広がり、北は益城町、東北は阿蘇郡西原村、東は山都町、北西は嘉島町、西は熊本市、南は美里町、南西は甲佐町と隣接しています。

「御船（みふね)」の由来は、景行天皇が九州を平定するためにご巡幸なさった折、その「御船（おんふね)」が着岸したことによると伝えられています。

介護保険行政では、上益城郡内５町と連携し、郡医師会との連携事業の展開や各種研修会の開催などを行いながら事業展開を図っています。

本町の地域特性

- 上益城圏域で２番目に人口が多く、高齢化率は郡内中位となっている
- 介護認定率は上益城圏域では最も低く、県・市平均よりも低い
- 介護保険料は上益城圏域では最も低く、県・市平均よりも低い
- 高齢夫婦世帯、独居高齢世帯の割合は郡内中位となっている

	上益城圏域					熊本市	熊本県
	御船町	嘉島町	益城町	甲佐町	山都町		
人口	16,417 人	9,371 人	32,218 人	10,152 人	13,641 人	739,393 人	1,746,740 人
高齢化率	34.7%	26.9%	29.6%	38.9%	50.0%	26.1%	31.1%
第７期保険料基準額	6,400 円	6,400 円	6,600 円	6,500 円	7,000 円	6,760 円	6,374 円
認定率	18.1%	18.7%	19.3%	19.2%	22.2%	21.3%	19.8%
高齢夫婦世帯率	13.0%	9.4%	11.8%	13.9%	15.7%	8.7%	10.5%
高齢独居世帯率	12.6%	8.1%	8.3%	13.8%	16.7%	10.9%	11.9%

人口、高齢化率：熊本県「高齢者関係資料集」（令和元年 10 月 1 日時点）
認定率：見える化システム（厚生労働省「介護事業状況報告」令和２年 11 月月報時点）
高齢夫婦世帯率、高齢独居世帯率：見える化システム（平成 27 年度国勢調査時点）

３　本町ならではの地域包括ケアシステムの構築

本町は、地域包括ケアの推進に向けて、地域特有の課題を抱えてきました。

医療・介護サービスの提供面では、本町の地理的特性として、平坦地と山間地の２つの地域性を持っており、特に山間地では集落が広域に分散していることから、サービス提供範囲が広域にわたるため、採算性・運営効率を考えると新たなサービス事業所の開設が難しいという側面があります。

生活面では、公共交通機関が少なく、高齢で車の運転が難しいなどの理由から日常的な買い物や病院受診などが制限される状況があるため、平成 19 年４月からコミュニティバスの運行を開始し、町役場を発着点として、田代線１日４往復、水越線１日３往復を町民の外出支援として運行しています。

一方で、過疎地域には地域包括ケアシステム構築に活かすべき資源もあります。本町では、地域で協力して農作業を行ってきた歴史があることなどから、普段の生活の中でも、外出の際に車の運転ができる住民が近隣の住民を誘って乗せてあげることや、姿が見えないと声を掛け合い、体調の悪い住民がいれば家事の手伝いをするなど、住民同士の交流や助け合いが機能している地域も残っています。

また、高齢者の多くが、体が動く限り農作業に携わるなど「生涯現役」で役割を発揮できる環境があります。同時に、町では介護予防・生活支援サポーターを養成し組織化して住民主体の介護予防のまちづくりを推進しています。地域住民が主体的に身近な通いの場に参加し、地域の資源を活かし、ともに支え合いながら地域で暮らし続けるための仕組みとなっています。

このことは、高齢者が積極的に役割を発揮できる場、関わりを継続することで介護予防につながる場であり、個人の「趣味」や「仕事」としてとらえるのではなく、地域包括ケアシステムを実現するための重要な資源として位置づけられるものです。

さらに、サービスを提供する側については、高齢者の保健・福祉に関わる事業者の担当者同士が顔見知りで、連絡を取り合い相談できる関係が既に築かれており、事業者同士の連携・協力がしやすい環境が整えられています。

また、平成 26 年３月に「御船町健康増進計画」を策定し、行政と地域の協働体制の下に、健康づくりに積極的に取り組んでいます。

このように、本町では高齢化の進展に伴い、行政主導ではなく、住民や医療・福祉関係団体が主体となって、さらに地域包括ケア推進会議の開催など庁内が連携した地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みがなされてきたところです。

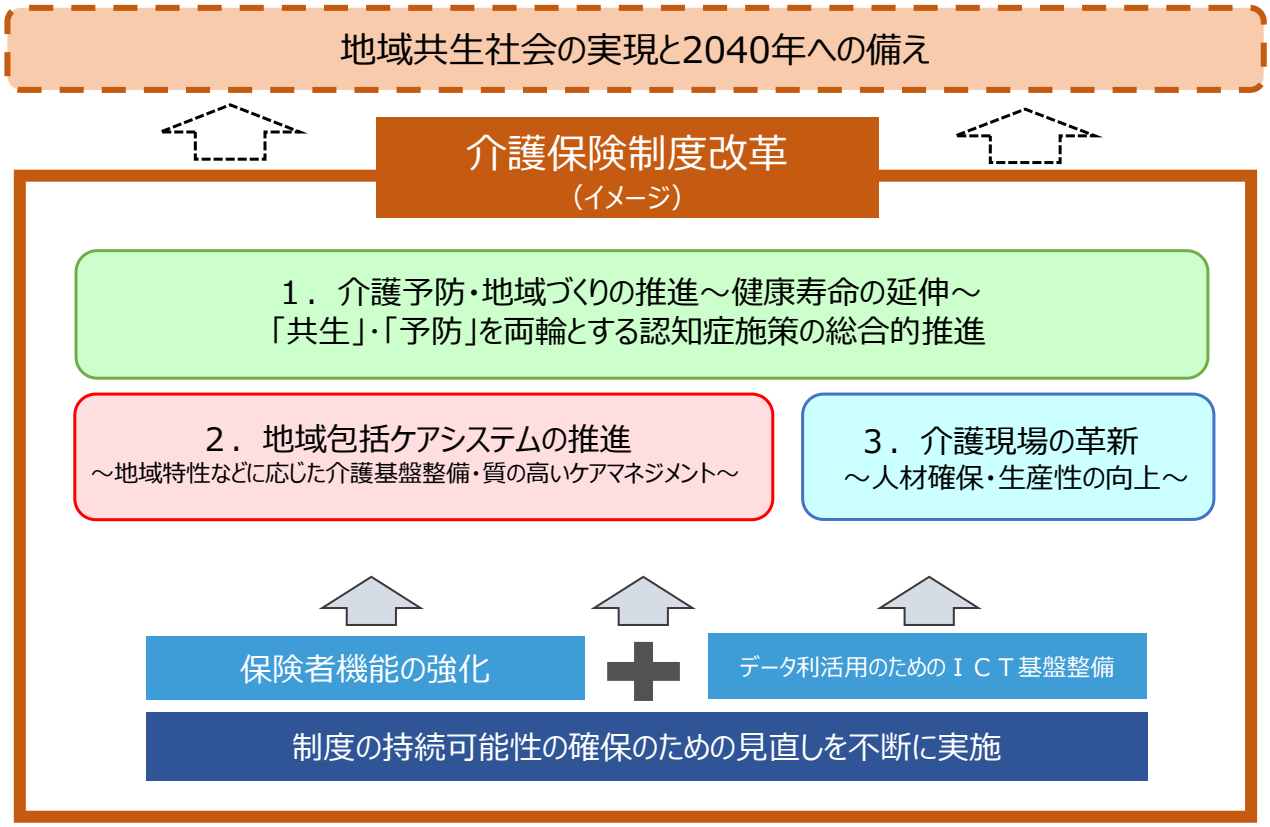
本町の地域包括ケアシステムの深化・推進に向けては、地域の強みを活かし、本町が連携の調整役となり、町内の保健・医療・福祉などの関係団体・多職種が互いに連携しながら、住民主体による介護予防のまちづくりを推進することが必要です。

第２節　国の動向や介護保険制度改正を踏まえた計画策定

１　高齢者支援に関する国の主な動向

国は、第８期計画策定に向けた基本方針として、以下３つの目標を掲げています。

また、その達成の評価とマネジメント責任として保険者機能強化推進交付金制度に基づき、市町村に自己評価を求めています。



保険者機能強化推進交付金（令和元年度）

Ⅰ．ＰＤＣＡサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制などの構築（80点）

■見える化活用による実態把握　■日常生活圏域別高齢者人口　■2025年将来推計　■給付実績モニタリング
■要介護者数実績モニタリング　■医療計画を踏まえた追加需要の進捗管理　■自立支援・重度化予防進捗管理
■自立支援・重度化予防目標未達時の改善案検討　■地域差分析と適正化

Ⅱ．自立支援、重度化防止などに資する施策の推進（529点）

地域密着型ｻｰﾋﾞｽ（47点）	ｹｱﾏﾈ・介護ｻｰﾋﾞｽ事業所（30点）	地域包括支援ｾﾝﾀｰ（143点）	在宅医療・介護連携（68点）
認知症総合支援（46点）	介護予防・日常生活支援（89点）	生活支援体制の整備（46点）	要介護状態の維持改善（60点）

Ⅲ．介護保険運営の安定化に資する施策の推進（83点）

介護給付の適正化（59点）	介護人材の確保（24点）

２　地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部改正の概要

国は、地域共生社会の実現を図るため、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な福祉サービス提供体制を整備する観点から、以下５点の実現を確保するため、社会福祉法の一部を改正することとしており、本計画はその実施計画の位置づけを持つものとします。

改正の概要

１．地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援

①市町村において、既存の相談支援などの取り組みを活かしつつ、地域住民の抱える課題の解決のための包括的な支援体制の整備を行う、新たな事業及びその財政支援などの規定を創設するとともに、関係法律の規定の整備を行う。

２．地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備などの推進

①認知症施策の地域社会における総合的な推進に向けた国及び地方公共団体の努力義務を規定する。
②市町村の地域支援事業における関連データの活用の努力義務を規定する。
③介護保険事業（支援）計画の作成にあたり、当該市町村の人口構造の変化の見通しの勘案、高齢者向け住まい（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅）の設置状況の記載事項への追加、有料老人ホームの設置状況に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化を行う。

３．医療・介護のデータ基盤の整備の推進

①介護保険レセプトなど情報・要介護認定情報に加え、厚生労働大臣は、高齢者の状態や提供される介護サービスの内容の情報、地域支援事業の情報の提供を求めることができると規定する。
②医療保険レセプト情報などのデータベース（NDB）や介護保険レセプト情報などのデータベース（介護 DB）などの医療・介護情報の連結精度向上のため、社会保険診療報酬支払基金などが被保険者番号の履歴を活用し、正確な連結に必要な情報の安全性を担保しつつ提供することができることとする。
③社会保険診療報酬支払基金の医療機関など情報化補助業務に、当分の間、医療機関などが行うオンライン資格確認の実施に必要な物品の調達・提供の業務を追加する。

４．介護人材確保及び業務効率化の取り組みの強化

①介護保険事業（支援）計画の記載事項として、介護人材確保及び業務効率化の取り組みを追加する。
②有料老人ホームの設置などに係る届出事項の簡素化を図るための見直しを行う。
③介護福祉士養成施設卒業者への国家試験義務付けに係る現行５年間の経過措置を、さらに５年間延長する。

５．社会福祉連携推進法人制度の創設

①社会福祉事業に取り組む社会福祉法人や NPO 法人などを社員として、相互の業務連携を推進する社会福祉連携推進法人制度を創設する。

なお、国が示した高齢者支援に関連した指針などの概要は以下の通りであり、本計画は、これらを踏まえたものとします。

【全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議・社会保障審議会（介護保険部会)】
（１）2025・2040 年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備
（２）地域共生社会の実現
（３）介護予防・健康づくり施策の充実・推進（地域支援事業などの効果的な実施）
（４）有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化
（５）認知症施策推進大綱を踏まえた認知症施策の推進
（６）地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取り組みの強化
（７）災害や感染症対策に係る体制整備

３　計画の性格と位置づけについて

（１）法的根拠について

本計画は、老人福祉法第 20 条の８第１項に定める市町村老人福祉計画及び介護保険法第 117 条第１項に定める市町村介護保険事業計画として策定するものであり、平成 30 年３月に策定した高齢者保健福祉計画・第７期介護保険事業計画の見直しを行ったものとなります。

（２）高齢者保健福祉計画と介護保険事業計画の関係について

高齢者保健福祉計画は、介護保険サービスの提供の他、介護保険の対象とならない生活支援サービスなどの提供も含めて、すべての高齢者に対して、心身の健康の保持及び日常生活を維持するために必要な措置が講じられるよう、高齢者福祉サービス全般にわたる方策を定めるものです。

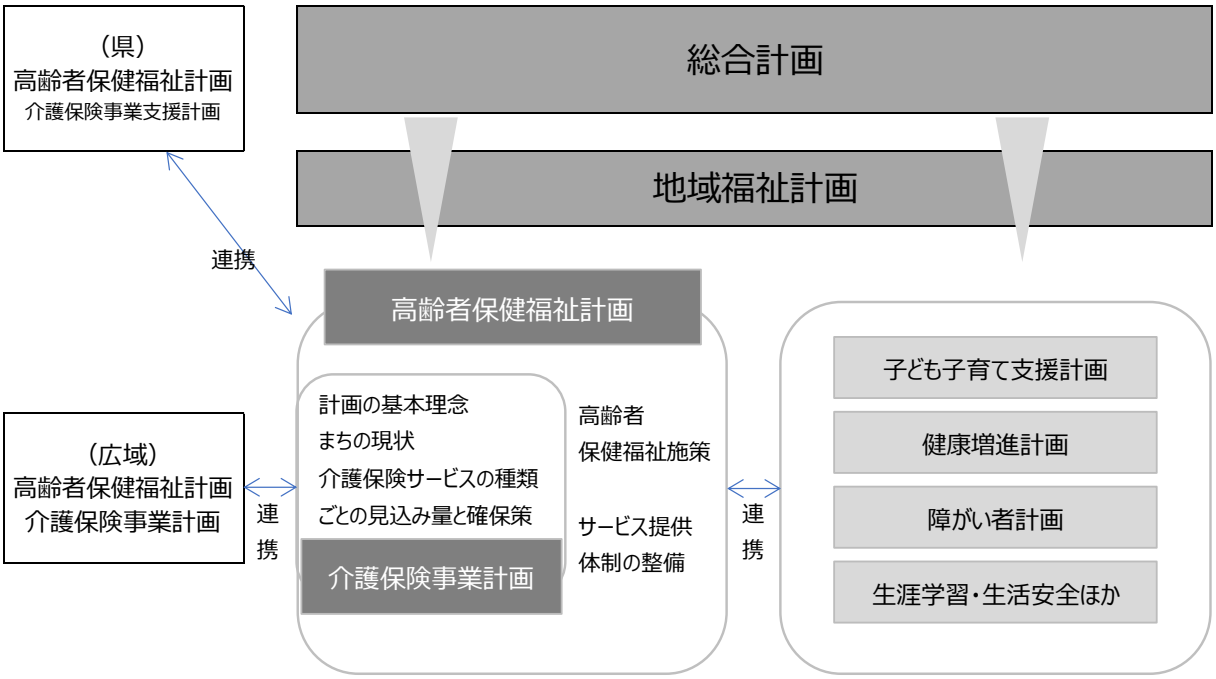
一方、介護保険事業計画は、介護サービスの見込み量や制度の円滑な運営に資する方策などを定めるものであり、その内容は高齢者保健福祉計画に包含されていることから、両計画を一体として策定するものです。

（３）計画の位置づけについて

本計画は、第６期御船町総合計画の分野別計画として位置づけられます。

また、地域福祉計画・地域福祉活動計画、障がい者基本計画・障がい福祉計画・障がい児福祉計画、子ども子育て支援計画、健康増進計画などと整合を図りつつ、高齢者福祉に関する専門的・個別的な領域を受け持つものとなります。

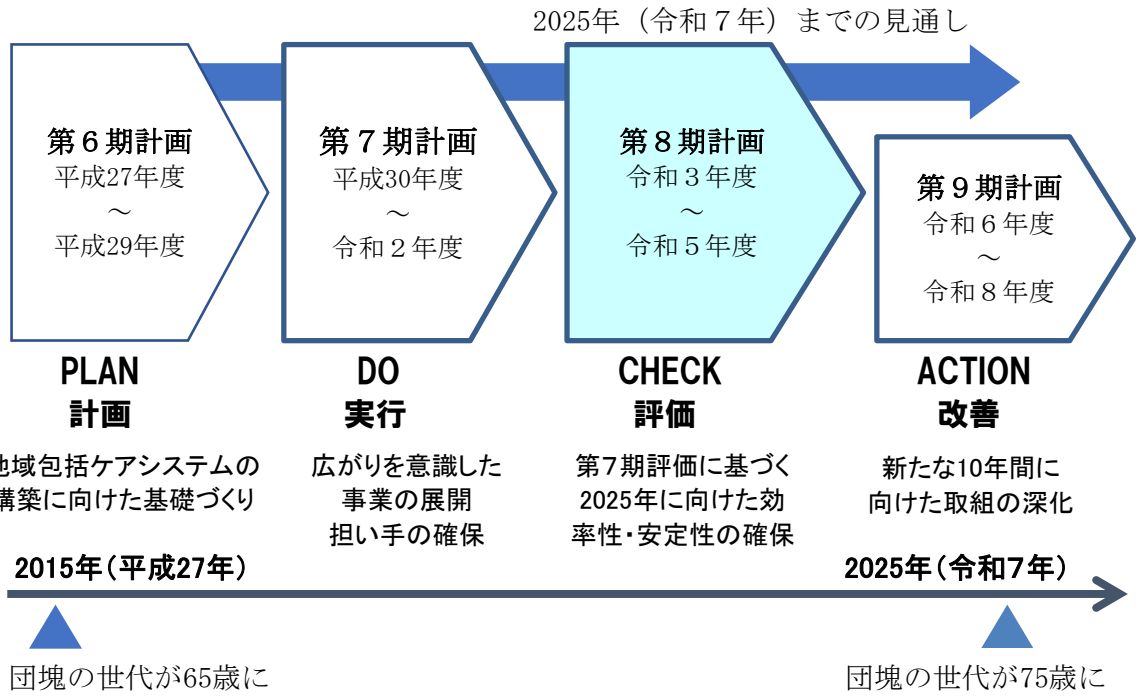
さらに、震災からの復興をより強力に推進するため、御船町震災復興計画との整合を図りつつ事業展開を行っていきます。



4　計画の期間及び進行管理

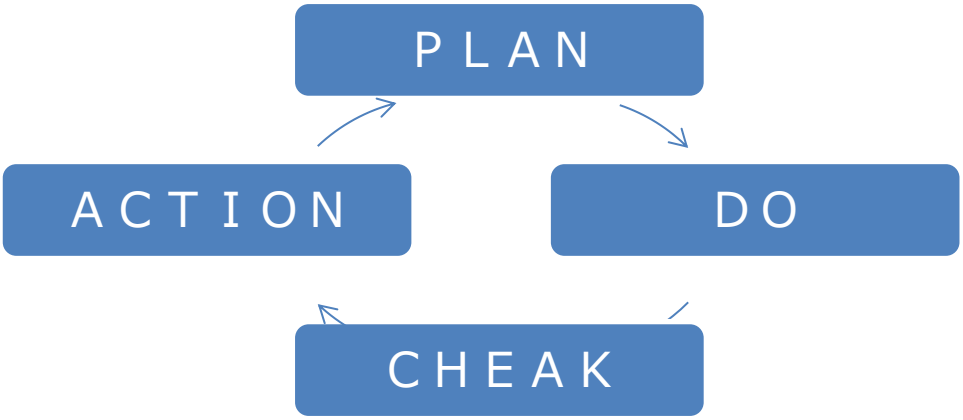
（１）計画の期間

団塊の世代が 75 歳に到達する 2025 年度を見据え、地域包括ケアを構築していくための 10 年間の計画という位置づけを持ちつつ、介護保険法第 117 条第１項の規定に基づく、令和３年度から令和５年度までの３年間を計画期間とします。



（２）計画の進行管理

計画の進行管理に際しては、「ＰＤＣＡサイクル」の考え方を導入し、町民と本町の協働で実現するため、多様な町民参画の機会を取り入れたサイクルの実現を目指します。



５　計画の策定及び進行管理の体制

（１）策定委員会の設置

本計画の策定及び進行管理にあたっては、学識経験者や保健・医療・福祉関係団体代表者、住民の代表などからなる「御船町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定委員会」を設置し、幅広い意見を聴きながら行いました。

また、本計画の策定に向けて、以下の日程で策定会議を開催しました。

日程	主な議案
令和２年８月６日	御船町の現状、アンケート結果の報告 ※新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、書面開催
令和２年 12 月 21 日	計画案の検討、介護保険事業の見込み
令和３年２月 22 日	計画最終案の検討、介護保険料の確定

（２）健康とくらしの調査

本計画の策定に先立ち、高齢者の日常生活の状況や健康状態、介護・福祉サービスに対するニーズを把握し、今後の高齢者保健福祉施策に活かすとともに、計画の見直しの基礎資料とするために、特に予防に着目して、本調査結果としてまとめました。

なお、調査結果のとりまとめは、国立研究開発法人国立長寿医療研究センター老年学・社会科学研究センター老年学評価研究部に事務局本部を置く「日本老年学的評価研究（JAGES）プロジェクト」に全国 64 市町村とともに依頼をし、同プロジェクトの研究知見に基づき、同規模自治体との比較などを行いながら分析しました。

（３）在宅介護実態調査

在宅で介護を受けている方を対象として、ご本人の生活実態やご家族の介護離職の状況、さらには施設入所の意向などを調査分析するため、認定調査員の聞き取りなどにより令和２年２月頃にアンケート調査を実施しました。

（４）介護人材実態調査

介護施設・事業所を対象として、介護人材の性別・年齢構成、過去１年間の採用・離職の状況、訪問介護サービスにおけるサービス提供の実態などを調査分析するため、郵送などにより令和２年９月にアンケート調査を実施しました。

６　日常生活圏域の設定

高齢者の生活を支える基盤の整備については、日常の生活を営む地域において様々なサービスを提供する拠点の整備が必要です。

第３期以降の「市町村介護保険事業計画」においては、高齢者が住み慣れた環境で生活を継続できるようにするために、市町村内を１つまたは複数に区分した「日常生活圏域」を設定し、同圏域を基本的な枠組みとして地域密着型サービスの提供体制を整えていくこととされました。

圏域の設定にあたっては、以下のような事項を踏まえ、地域の特性を総合的に考慮する必要があります。

① 公民館・行政区の枠組み
② 地域住民の生活形態
③ 地理的条件（交通事情・面積）
④ 人口及び世帯・高齢化の状況
⑤ 介護給付など対象サービス基盤の整備状況
⑥ その他社会的条件

このため、第３期介護保険事業計画より地域密着型サービスなどの整備を計画する単位となる日常生活圏域を設定しています。

圏域の設定にあたっては、必要最小限の設定により本町のサービス供給のバランスをとり、利用者の利便性を高める枠組みが必要です。また、利用者のニーズに即した適切なサービス量を確保するためには、現在の枠組みを活用した柔軟なサービス利用が可能となる設定が求められます。

本町においては、第７期介護保険事業計画に引き続き、町全体を一つの「日常生活圏域」と設定します。介護サービスを求める一人ひとりが地理的条件や交通などの利便性を確保しつつ、各事業者が提供するサービス内容を十分に吟味しながら自己決定できる、選択の幅の広い枠組みをめざすものとします。

第２章　本町の現状

第１節　人口と高齢者の様子

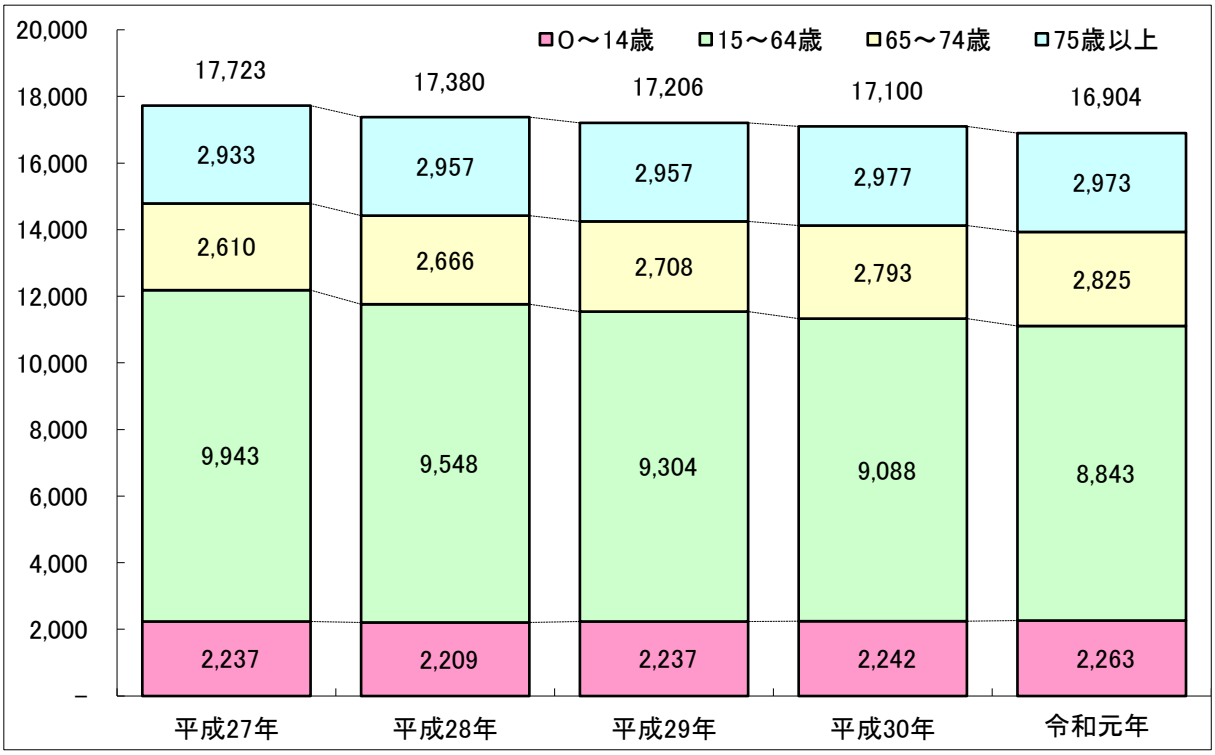
１　人口の様子

本町の総人口は、平成 27 年まで毎年約 100 人の人口減少が続いていました。

しかし、平成 28 年４月の熊本地震当時、急激な人口減少(住基人口の流出)があり、平成 27 年から平成 28 年の１年間で 343 人の減少となりました。つまり、地震の影響により、例年 100 人の減少に加えて約 250 人が町外に流出したと考えられます。

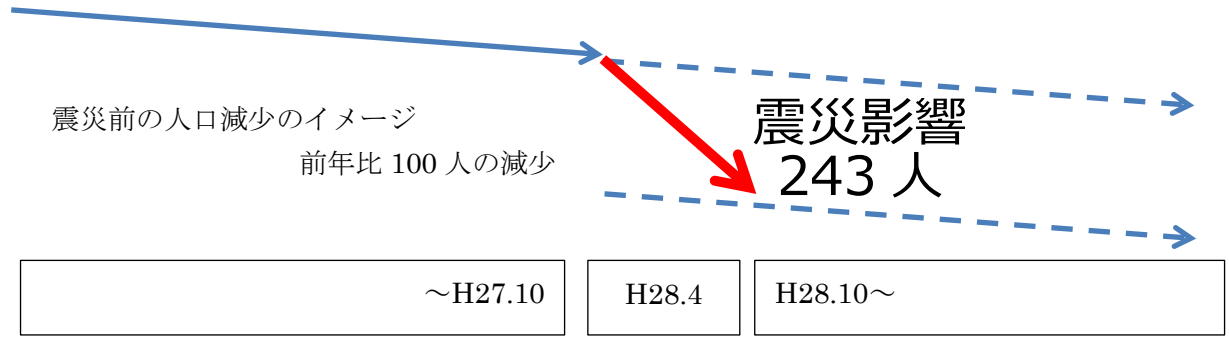
しかし、この人口減少は一時的なものであり、平成 29 年から平成 30 年は約 100 人の減少に戻っています。一方、平成 30 年から令和元年の減少は約 200 人となっており、引き続き人口流出の状況に注視していく必要があります。

（１）総人口の推移



住民基本台帳（各年９月末時点）より

震災の影響による人口減少のイメージ



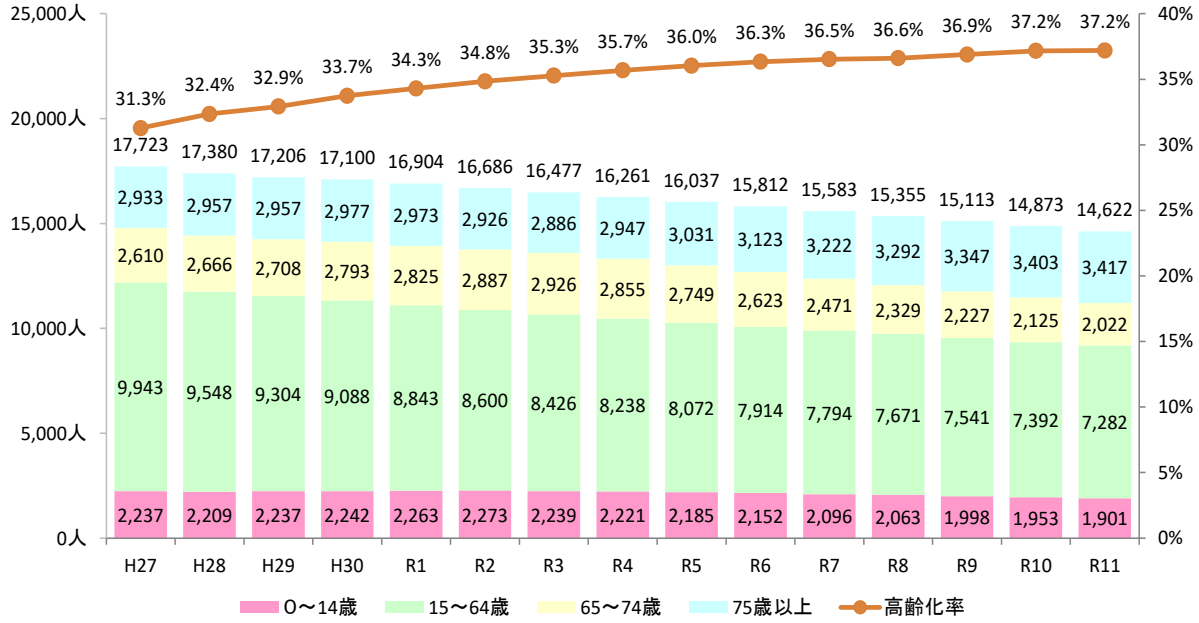
2　震災による人口流出の影響を加味した人口推計

前述の熊本地震による一時的な人口流出の影響を限定的なものとして、将来人口推計を行った結果、計画期間最終年となる令和５年には総人口 16,037 人となり、高齢化率は 36.0%となると推計されています。

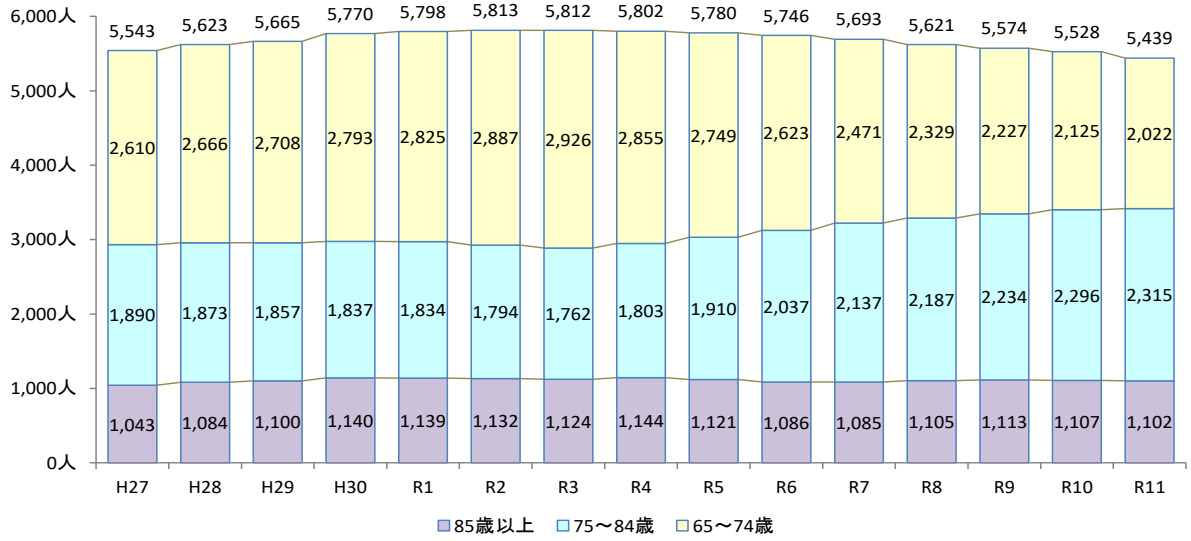
一方、高齢者人口は、平成 27 年の 5,543 人から令和元年には 5,798 人と 255 人の増加となっています。

今後の予測では、本町の高齢者人口は令和２年をピークにほぼ横ばいから減少に転じますが、年齢群別にみると、令和３年以降団塊の世代が 65-74 歳のグループから 75-84 歳のグループへ移行していきます。

（１）総人口の推移



（２）高齢者人口の推移と予測



住民基本台帳より

3　高齢者の世帯の様子

（1）高齢者のいる世帯の様子

世帯の推移は、一般世帯数が平成 17 年の 6,015 世帯から平成 27 年に 6,317 世帯となり、10 年間で 302 世帯増加しています。また、高齢者のいる世帯数も 454 世帯の増加となります。

総世帯数に占める割合でみると、本町では、一人暮らし世帯と高齢夫婦世帯の割合が増加していますが、国・県と比較すると、一人暮らし世帯、高齢夫婦世帯ともにその割合は低くなっています。

本町には３世代世帯がいまなお多く存在し、高齢者が家族・親族とともに生活しているその他世帯が多いと考えられます。

		平成 17 年		平成 22 年		平成 27 年	
		世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合
町	総世帯数	6,015	100.0%	6,224	100.0%	6,317	100.0%
	高齢者のいる世帯数	3,005	50.0%	3,179	51.1%	3,459	54.8%
	一人暮らし世帯	560	18.6%	653	20.5%	793	22.9%
	高齢夫婦世帯	733	24.4%	840	26.4%	973	28.1%
	その他世帯	1,712	57.0%	1,686	53.0%	1,693	48.9%

国勢調査より

（2）高齢者の一人暮らし世帯の内訳

高齢者のいる世帯は、平成 27 年に 3,459 世帯で、そのうち、独居世帯は 793 世帯（22.9%）となっています。

一般的に、高齢者の一人暮らし世帯は、年代が高くなるにつれてその割合が高くなる傾向にあり、本町では、75 歳以上では 24.3%、85 歳以上になると 25.7%となっています。

	平成 17 年		平成 22 年		平成 27 年	
	世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合
高齢者のいる世帯数	3,005		3,179		3,459	
うち一人暮らし	560	18.6%	653	20.5%	793	22.9%
うち 75 歳以上	1,706		1,944		2,005	
うち一人暮らし	346	20.3%	424	21.8%	488	24.3%
うち 85 歳以上	448		623		724	
うち一人暮らし	96	21.4%	137	22.0%	186	25.7%

国勢調査より

4　要介護認定の状況

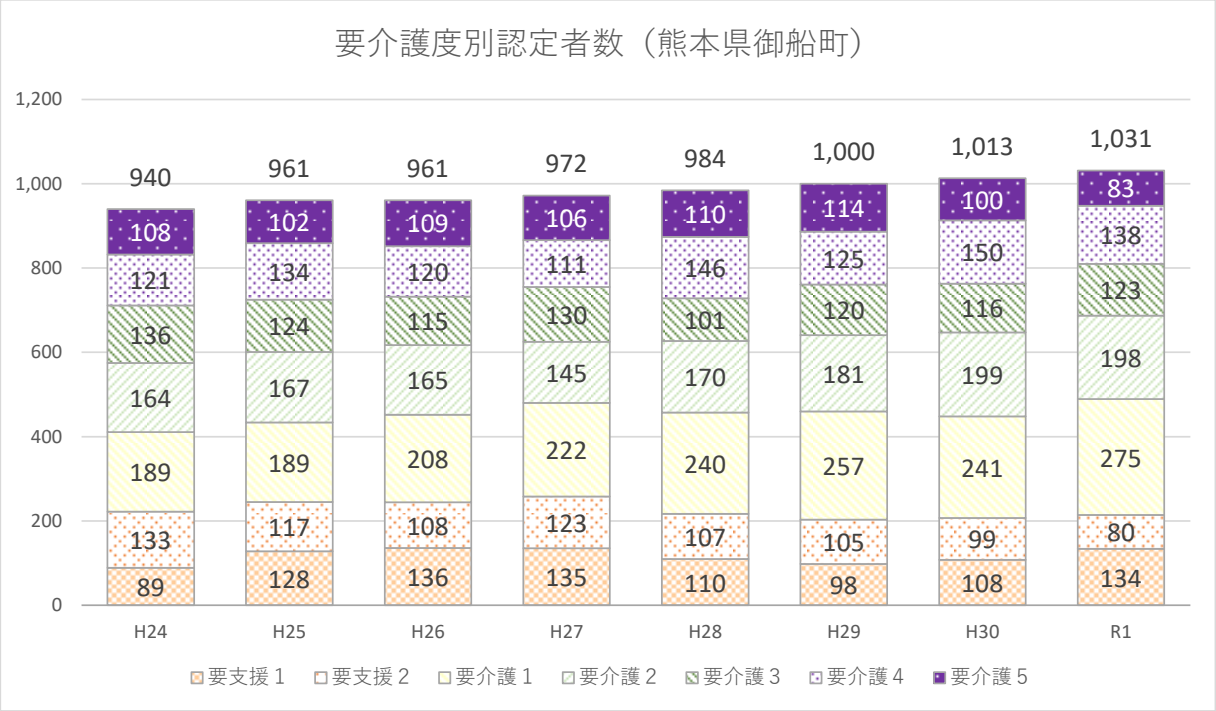
（１）要介護認定者数の推移

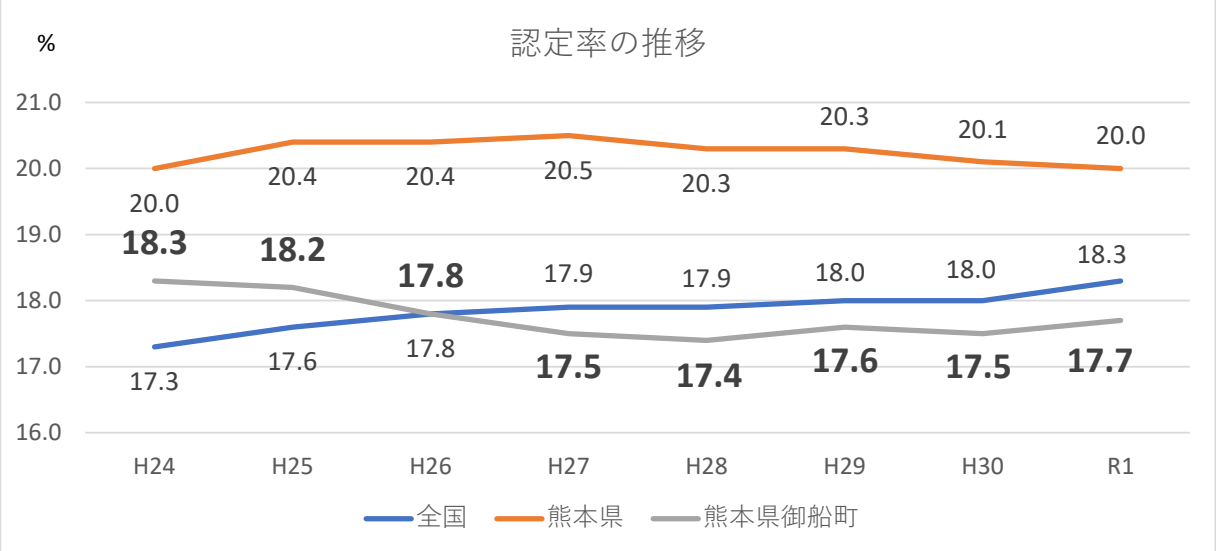
認定者数の推移について、平成 24 年は 940 人でしたが、熊本地震の影響による認定者数の増加に伴い、平成 29 年は、初めて 1,000 人を超え、概ね横ばいから増加傾向で推移してきました。

要介護度別に見ると、要介護１～２が増加傾向にあります。

一方、認定率については、平成 27 年以降、国、県に比べて低い認定率となっています。（令和元年：国＝18.3%、県＝20.0%）

認定率　R2.9 月	
全国計	18.5%
福岡県	19.0%
佐賀県	18.2%
長崎県	20.0%
熊本県	19.7%
大分県	18.1%
宮崎県	16.4%
鹿児島県	19.5%

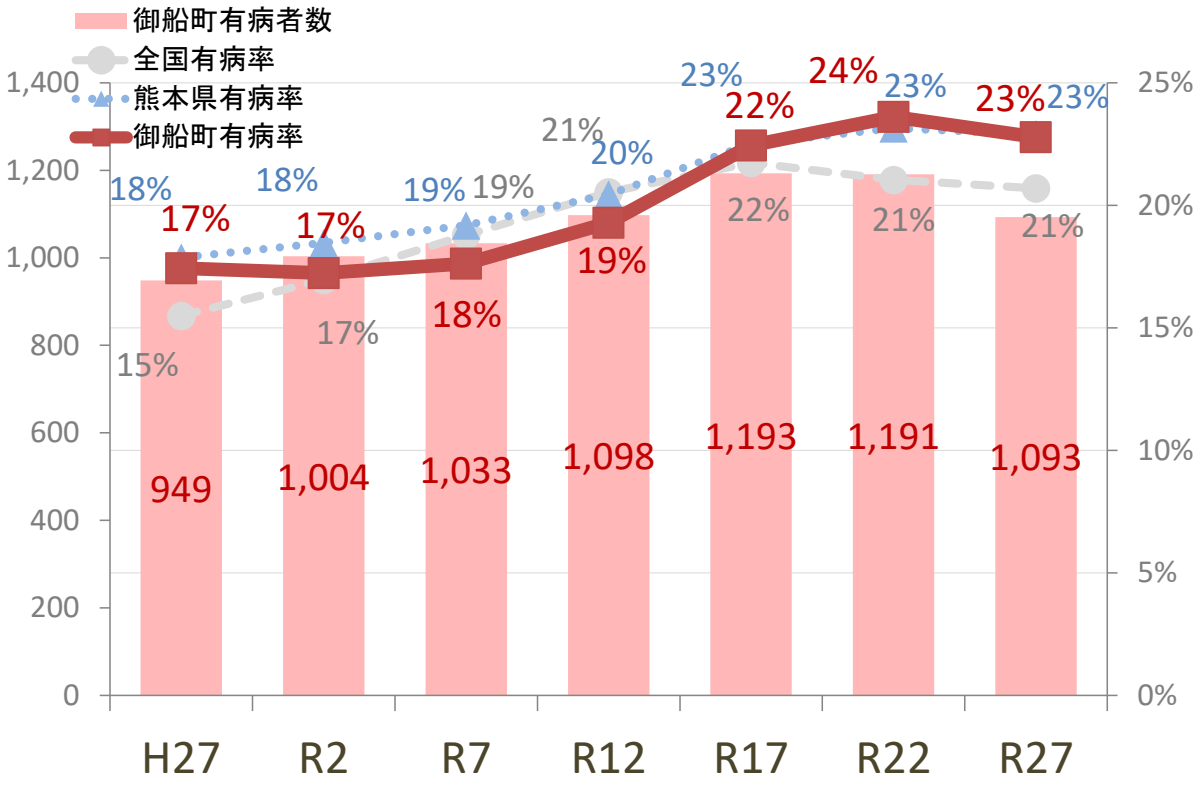




地域包括ケア見える化システム・地域支援事業状況報告より

（２）認知症高齢者数の推移

本町の認知症高齢者数の将来推計については、平成27年の949人（有病率17%）から令和22年には、1,191人（有病率24%）まで上昇するとされていることから、認知症に対応した医療・介護サービスの提供体制の確保を図ることが急務となっています。同時に、地域・関係団体などと一体となった認知症との共生・予防の推進が求められています。



なお、認知症高齢者人口の将来推計については、厚生労働省科学研究費補助金平成26年度総括・分担研究「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」報告書を参考として、長期の縦断的な認知症の有病率調査を行った久山町研究データから数学モデルにより算出された2012年の性別・年齢階級別認知症有病率を基に算出しています。

５　医療の状況

御船町の国民健康保険における保険給付費は、震災の影響のあった平成 28 年度と平成 29 年度を除くと年々増加傾向にあります。また、後期高齢者医療保険においては、一人当たり医療費が国民健康保険と比較しても高くなっており、高齢になるとより医療費がかかる傾向にあります。

御船町の国民健康保険と後期高齢者医療保険のレセプト情報によると、65～74 歳の前期高齢者では約 65%、75 歳以上の後期高齢者では約 75%の方が、高血圧や糖尿病などの生活習慣病をもっている状況です。生活習慣病があると、脳血管疾患や心疾患などの合併症を起こすリスクが高くなってしまいます。

御船町の医療費の状況

		H26	H27	H28	H29	H30	R1
国民健康保険	医療費(円)	19 億 7,287 万	19 億 8,934 万	19 億 1,602 万	20 億 8,293 万	19 億 1,850 万	19 億 6,649 万
	一人当たり医療費(円)	36 万	37 万	39 万	44 万	42 万	45 万
後期高齢者医療保険	医療費(円)	30 億 3,215 万	30 億 5,315 万	31 億 5,176 万	31 億 9,856 万	32 億 8,235 万	31 憶 7,570 万
	一人当たり医療費(円)	105 万	105 万	107 万	109 万	111 万	108 万

※1,000 円以下四捨五入

第２節　生きがいづくりや社会参加の様子

１　高齢者の就業の様子

（１）国勢調査に見る就業の様子

高齢者の就業の様子については、前期高齢者、後期高齢者の就業人口・就業率はともに増加しています。これは、団塊の世代が集計の対象年齢となったことも一因と考えられます。

	平成 17 年		平成 22 年		平成 27 年	
	世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合
高齢者のいる世帯数	4,632		4,953		5,436	
うち 65-74 歳	2,288		2,200		2,595	
うち就業者	706	30.9%	700	31.8%	995	38.3%
うち 75 歳以上	2,344		2,753		2,841	
うち就業者	222	9.5%	267	9.7%	287	10.1%

※国勢調査

（２）シルバー人材センターの様子

シルバー人材センターの会員数と稼働人数は、以下のとおりです。

	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
会員数（人）	101	99	90
延べ稼働人数（人）	9,774	8,247	7,804

※福祉課

２　老人クラブ

老人クラブのクラブ数と会員数は、以下のとおりです。

	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度
老人クラブ数（クラブ）	39	39	39
会員数（人）	3,177	3,126	3,044

※福祉課

第３節　日常生活圏域ニーズ調査（健康とくらしの調査）の概要

１　調査の目的や実施状況について

（１）目的

厚生労働省は、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を目指すことを指針として提示しています。また、高齢者人口がピークに達する 2040 年を見据えた地域共生社会の実現や、その実現のための、介護予防・地域づくりの推進～健康寿命の延伸～、保険者機能の強化などを意識した計画立案が求められています。

以下報告は、日本老年学的評価研究(JAGES)プロジェクトの研究知見に基づき、特に介護予防や地域づくりに着目し、調査結果としてまとめたものです。

（２）配布回収状況

	調査の概要
配布回収	郵送による配布回収
抽出方法	令和元年 10 月 29 日時点で 65 歳以上である高齢者
配布数	4,993 件
有効回答数	3,277 件
有効回答率	65.6%

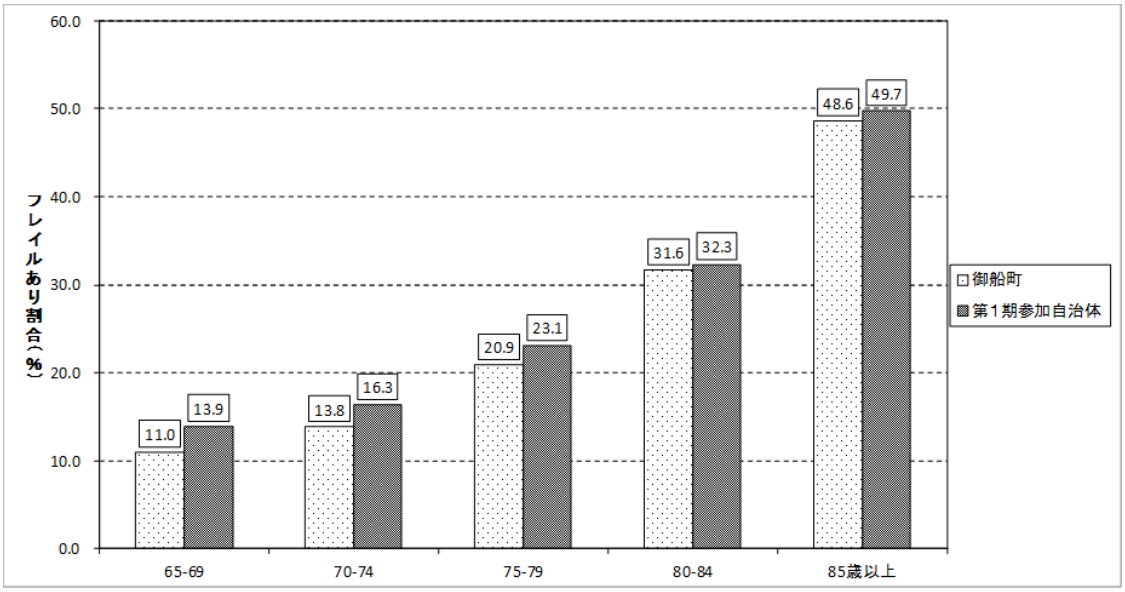
2　総合事業の開始と生活支援サービスの提供体制構築に向けて

本町の特徴として、フレイルや物忘れ、認知機能の項目について、30～50％と高い割合を示していることが分かります。参加自治体との比較からは、「運動機能」と「閉じこもり」の項目について、リスクが高いことが分かります。

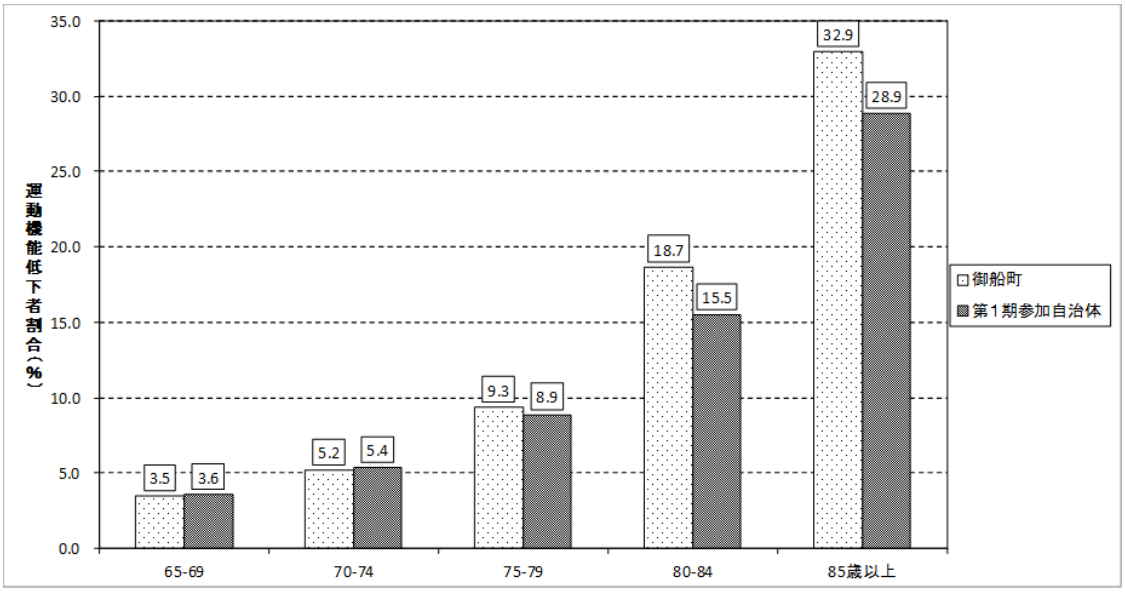
すべての介護予防項目で、加齢とともに出現率が高まっており、要支援・要介護リスク者については、75-79 歳からの増加が顕著となっているため、75 歳になるまでの介入が必要であると考えられます。

なお、前回調査との比較からは、全体的なリスクの低下が見られています。

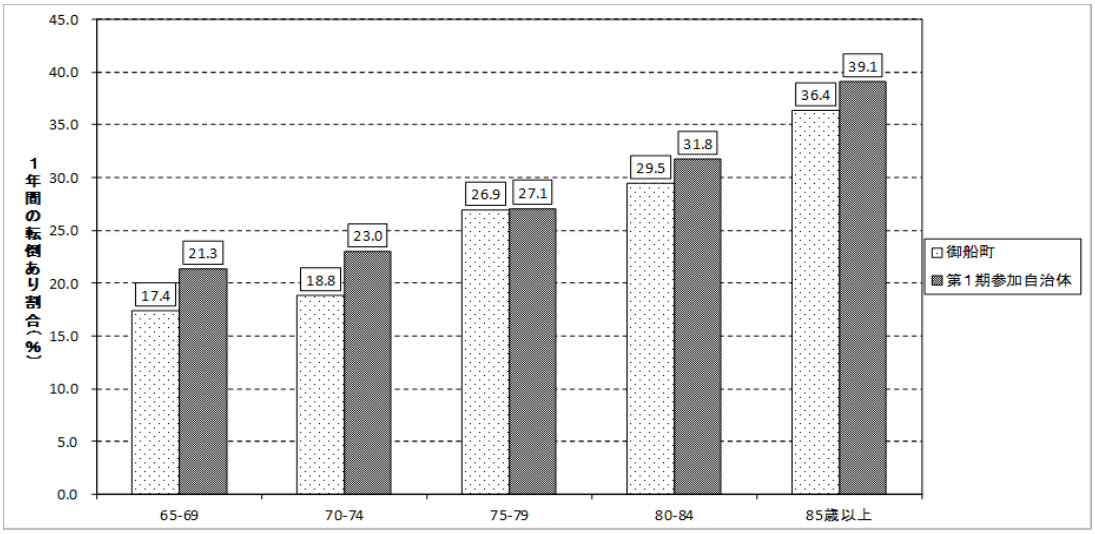
（１）要介護リスク者割合



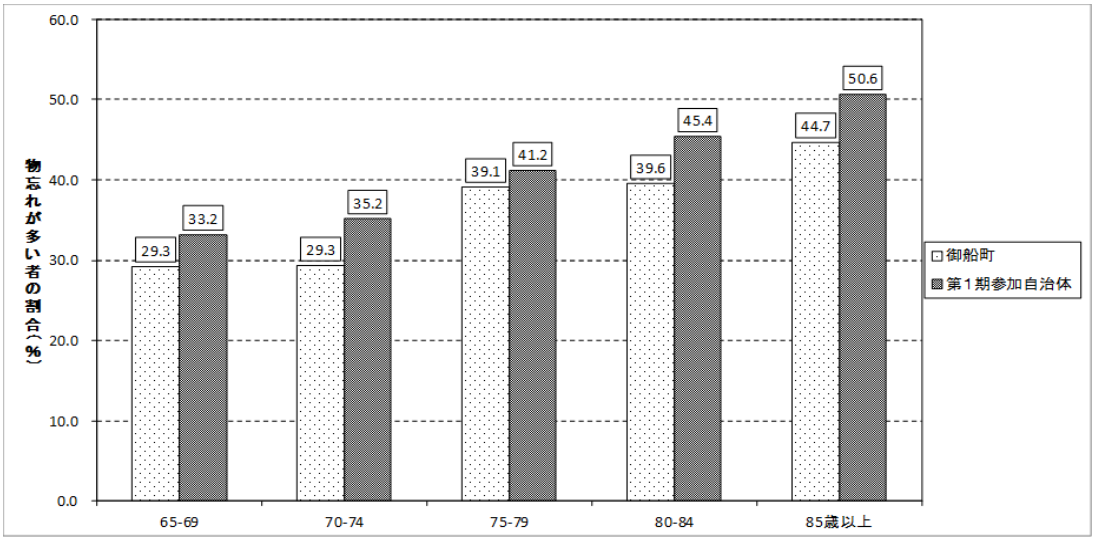
（２）運動機能低下者割合



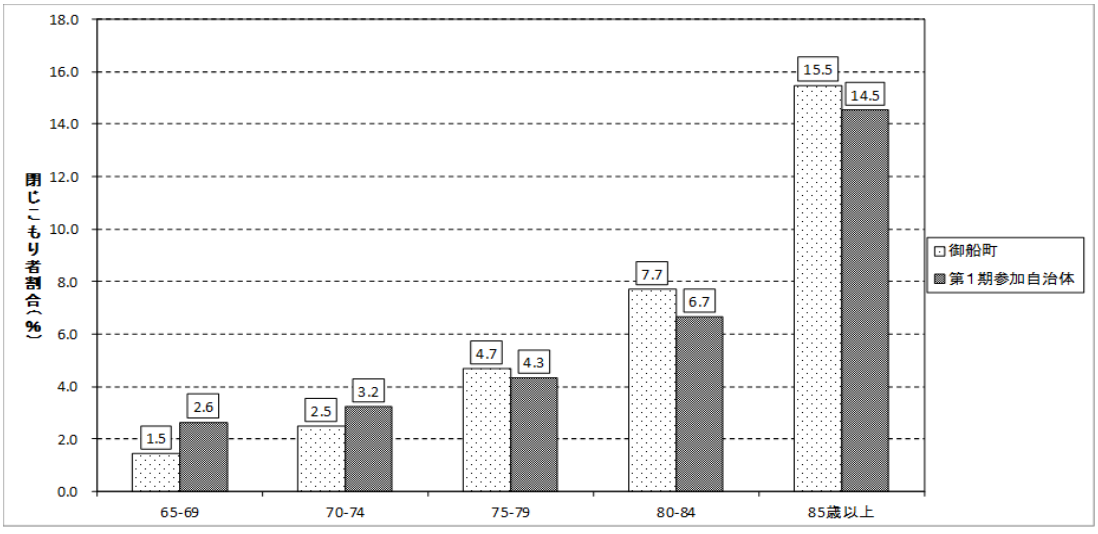
（３） １年間の転倒あり割合



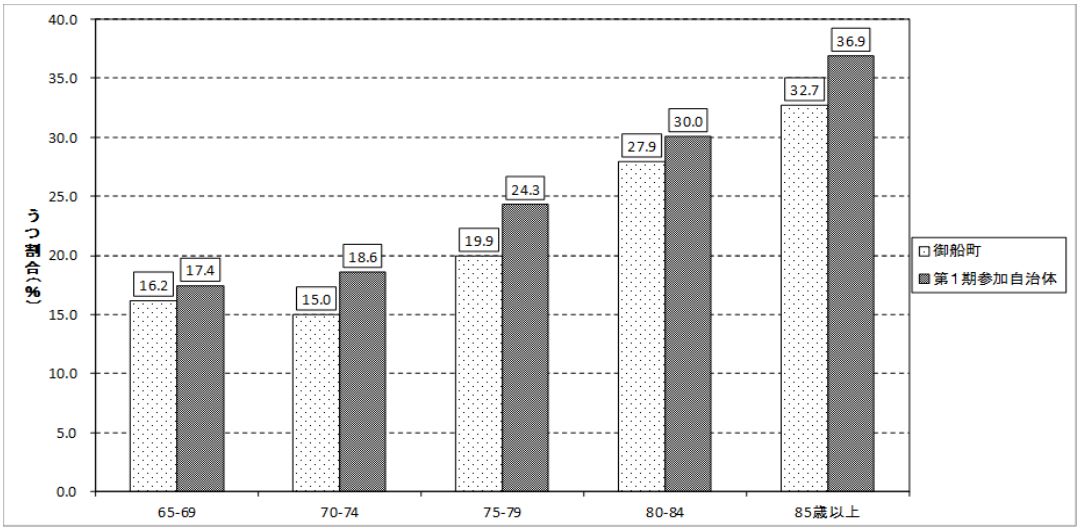
（４）物忘れが多い者の割合



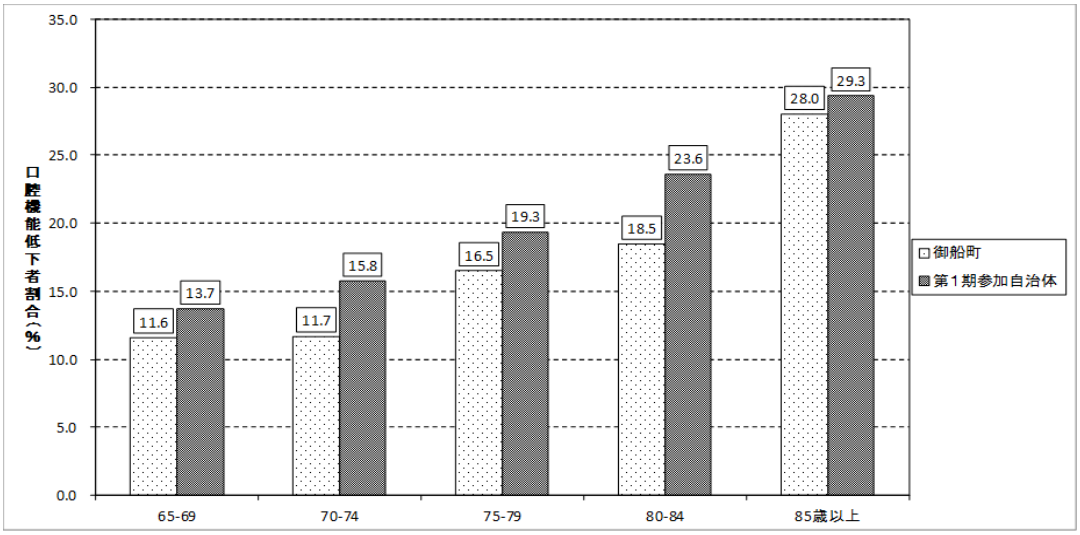
（５）閉じこもり者割合



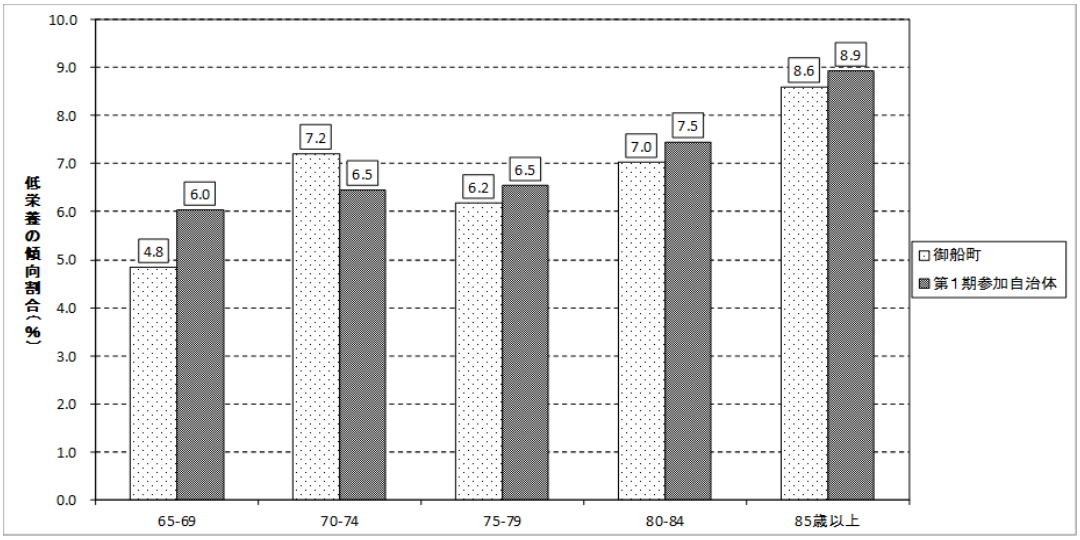
（６）うつ割合



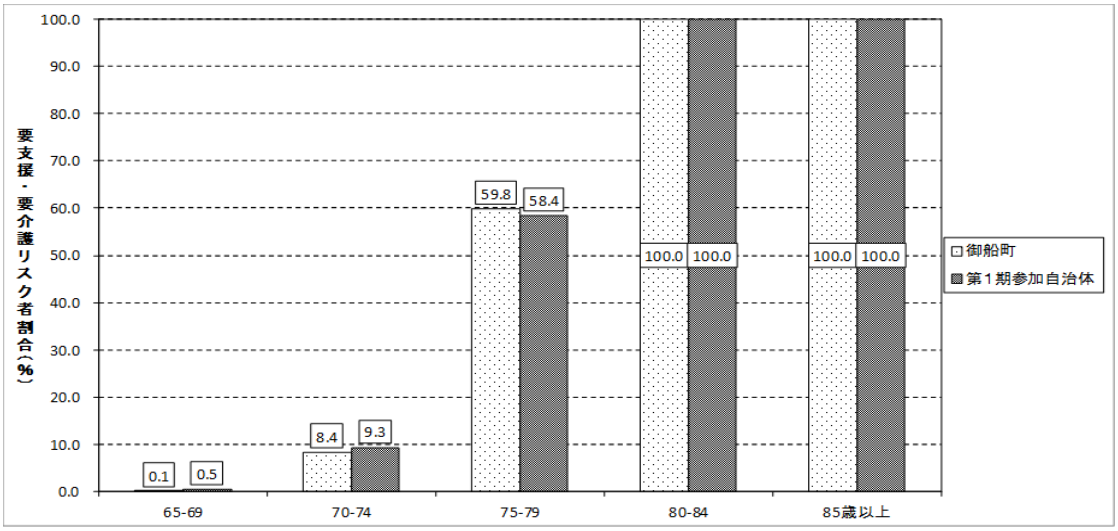
（７）口腔機能低下者割合



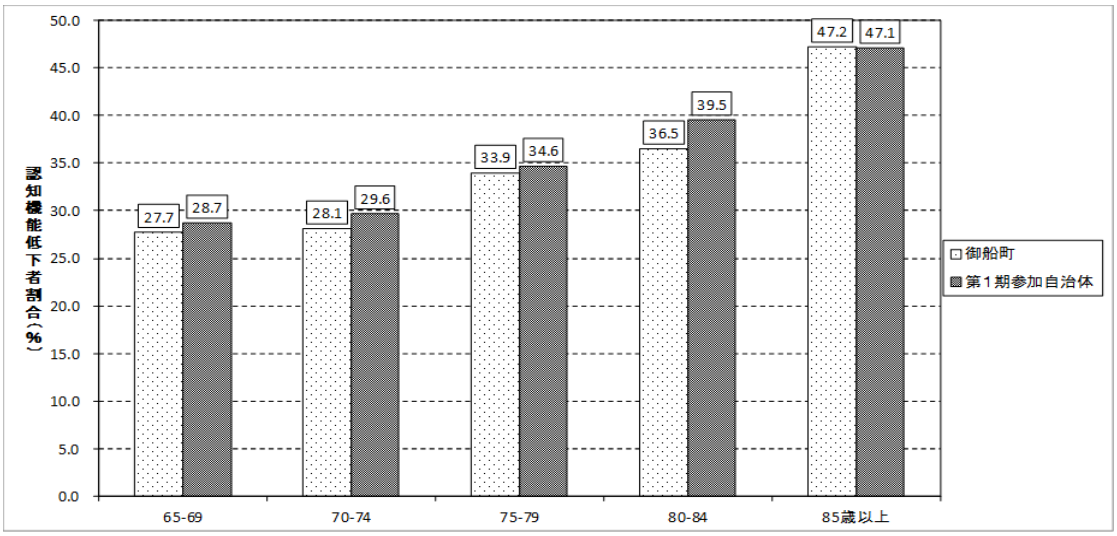
（８）低栄養の傾向割合



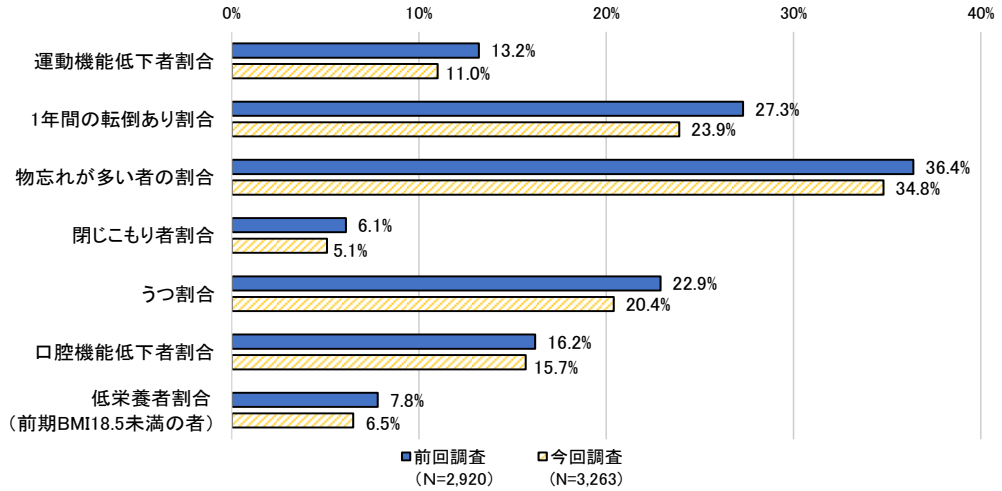
（９）要支援・要介護リスク者割合



（１０）認知機能低下者割合



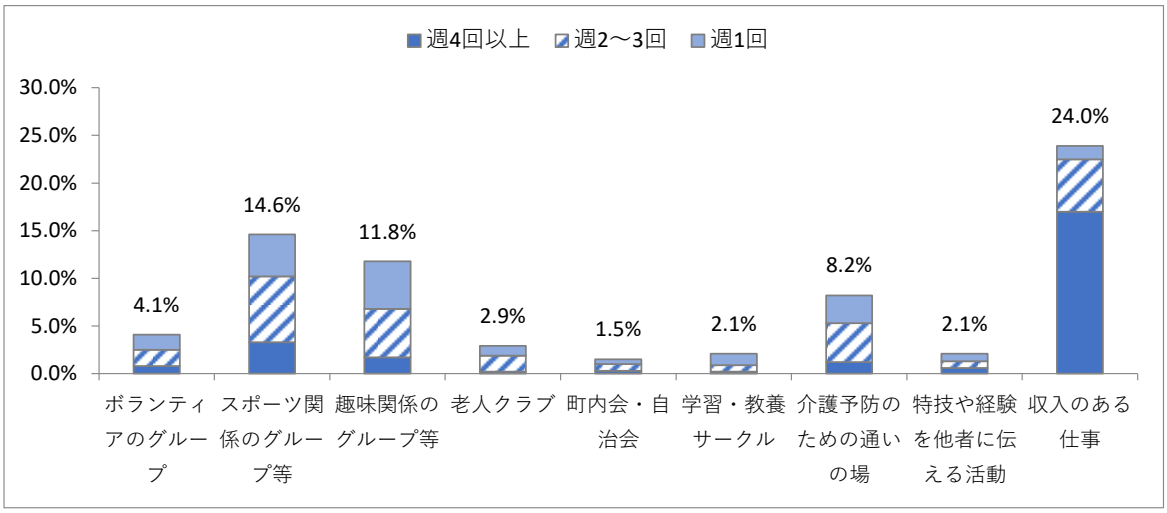
（１１）前回調査との比較分析



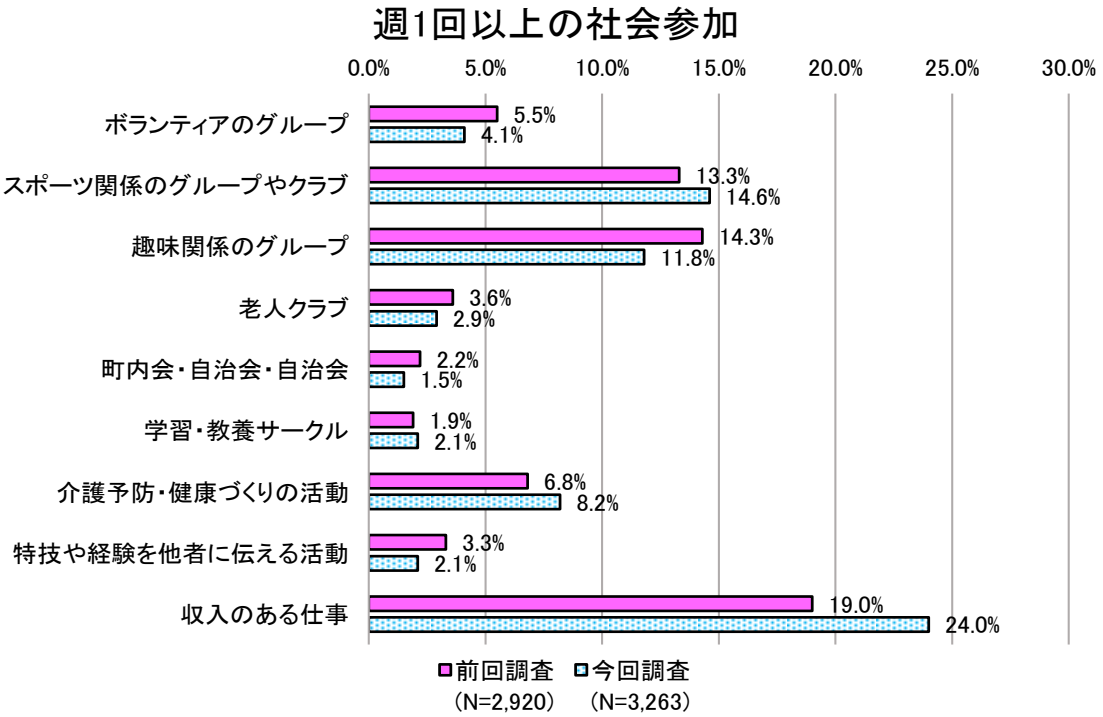
3　地域での活動の様子（会やグループ等への参加頻度）

問６－（１）以下のような会・グループなどにどのくらいの頻度で参加しているかという問いに対して、週 1 回以上の外出頻度となるような参加を行っている方がどの程度いるのか、分析を行いました。

その結果、「収入のある仕事（24.0%）」「スポーツ関係のグループやクラブ（14.6%）」「趣味関係のグループ（11.8%）」などの参加率が高くなっており、一方、「町内会・自治会」や「教養サークル」、「特技や経験を他者に伝える活動」、「老人クラブ」は参加率が低いことが分かります。



また、前回調査と比較をしたところ、「収入のある仕事」「スポーツ関係のグループやクラブ」「介護予防・健康づくりの活動」が増加していることが分かりました。

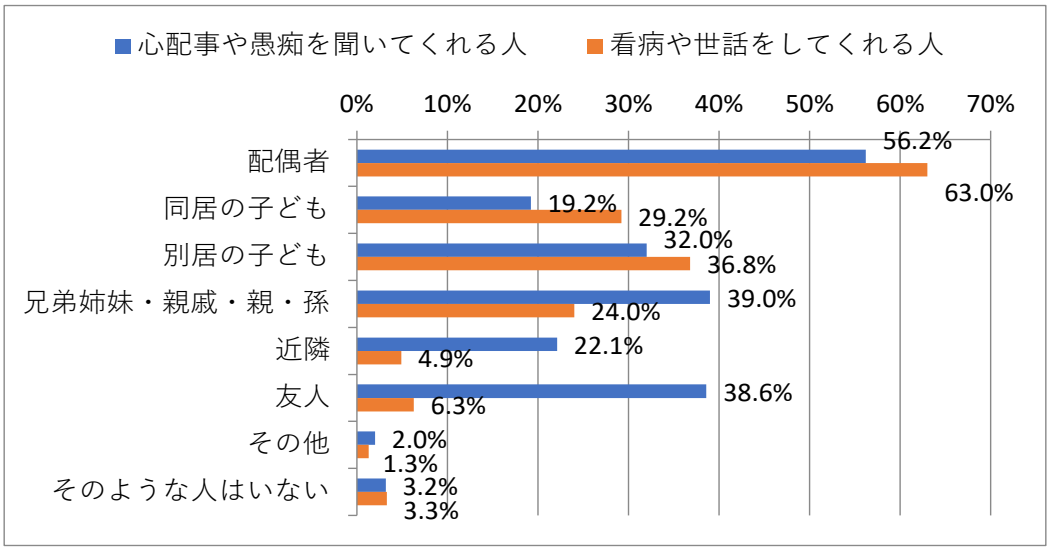


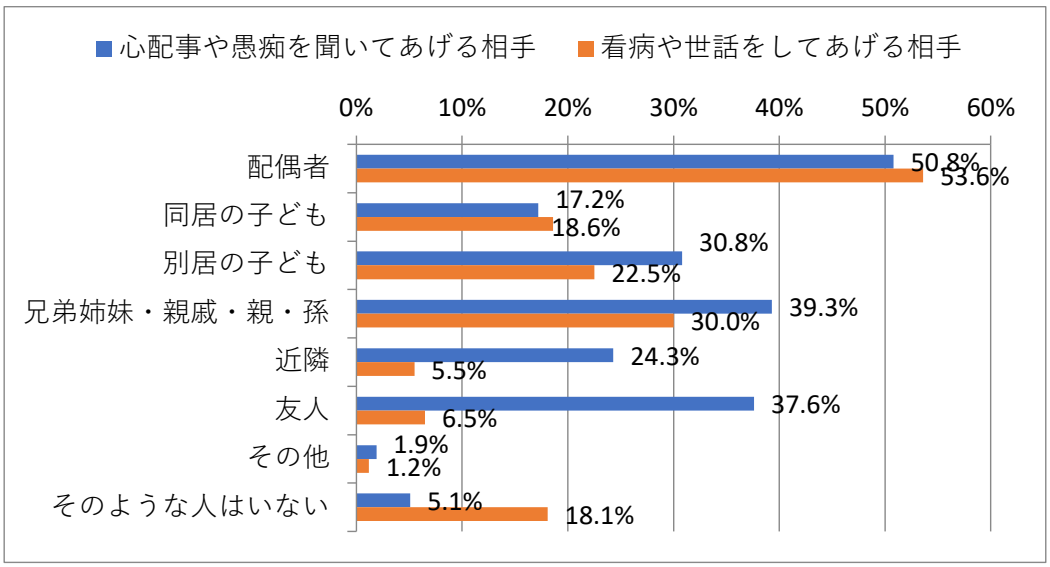
4　たすけあいについて

調査対象者本人とまわりの人の「たすけあい」についての、以下４問（すべて複数回答）の状況を分析しました。

問 8-1：あなたの心配事や愚痴を聞いてくれる人
問 8-2：反対に、あなたが心配事や愚痴を聞いてあげる人
問 8-3：あなたが病気で数日間寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人
問 8-4：反対に、看病や世話をしてあげる人

本人と最も近い相手は、配偶者となっており、別居の子どもや兄弟・親戚・親・孫が、お互いに相談しやすい相手となっている様子がうかがえます。一方、近隣や友人は、心配事や愚痴を話しあう相手ではあるが、看病や世話までをしあうほどの関係ではないことが分かります。





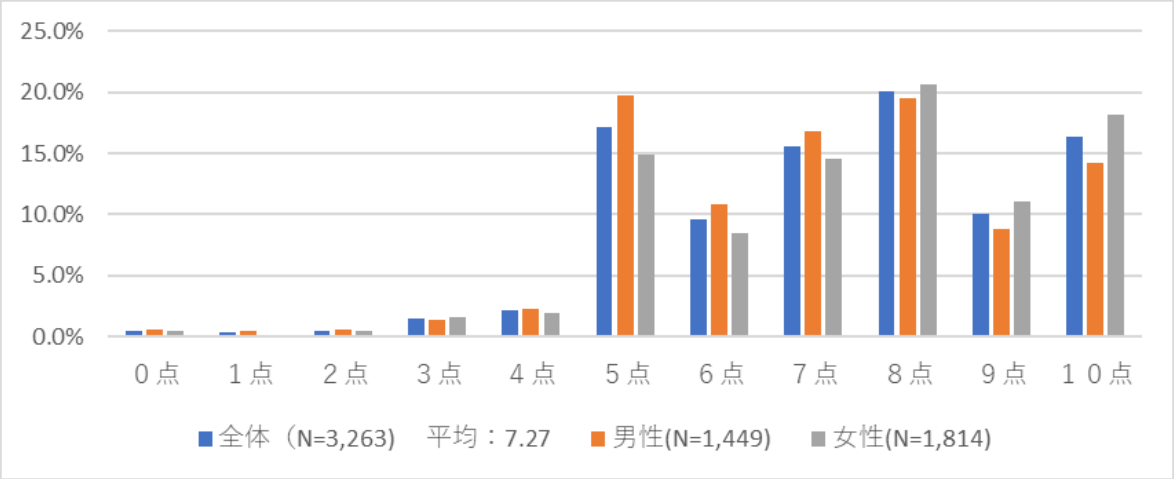
5　幸福感と他設問の関係について

内閣府経済社会総合研究所による「幸福度に関する研究会報告−幸福度指標試案−概要（H23.12)」によると、

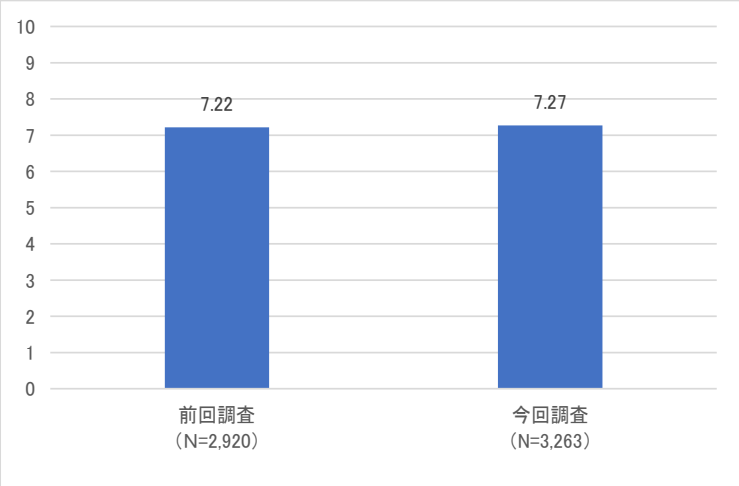
1. 「幸福度指標」作成の意味があるとすれば、「幸せ」に光を当てることによって、これまで政策などにおいて焦点化されてこなかった「個々人がどういう気持ちで暮らしているのか」に着目することにある。
2. より具体的には、①日本における幸福度の原因・要因を探り、国、社会、地域が人々の幸福度を支えるにあたり良い点、悪い点、改善した点、悪化した点は何かを明らかにすること、②自分の幸せだけでなく、社会全体の幸せを深めていくためには、国、社会、地域が何処を目指そうとしているか、実際に目指していくのかを議論し、考えを深めることが不可欠であり、その際の手がかりを提供すること、の２つの点にあると考えられる。

とされていることから、幸福度の分布と性別比較と前回調査との比較を行いました。

【幸福度の分布と性別比較】
男性より女性で幸福度平均点が高いです。（男性平均＝7.07、女性平均＝7.44）



【幸福度の分布の前回調査との比較】微増



第４節　在宅介護実態調査の概要

「自宅などにお住まいの方で、現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている利用者」の実態を把握し、地域に不足する介護サービスなどを検討することを目的に、認定調査員による聞き取り調査を実施しました。（回答数＝100 件）

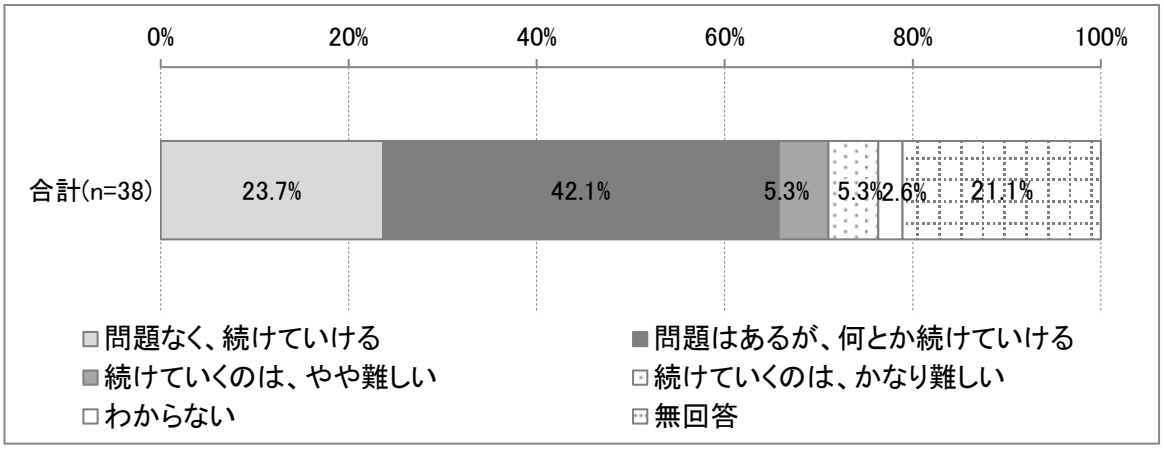
今後、40～50 代に向けた親の介護やダブルケアが必要となった時のための普及啓発に取り組み、また、認知症サポーター養成講座における「事業所向けセミナー」の実施について検討を進めることで、家族介護者の日常支援につながると考えられます。

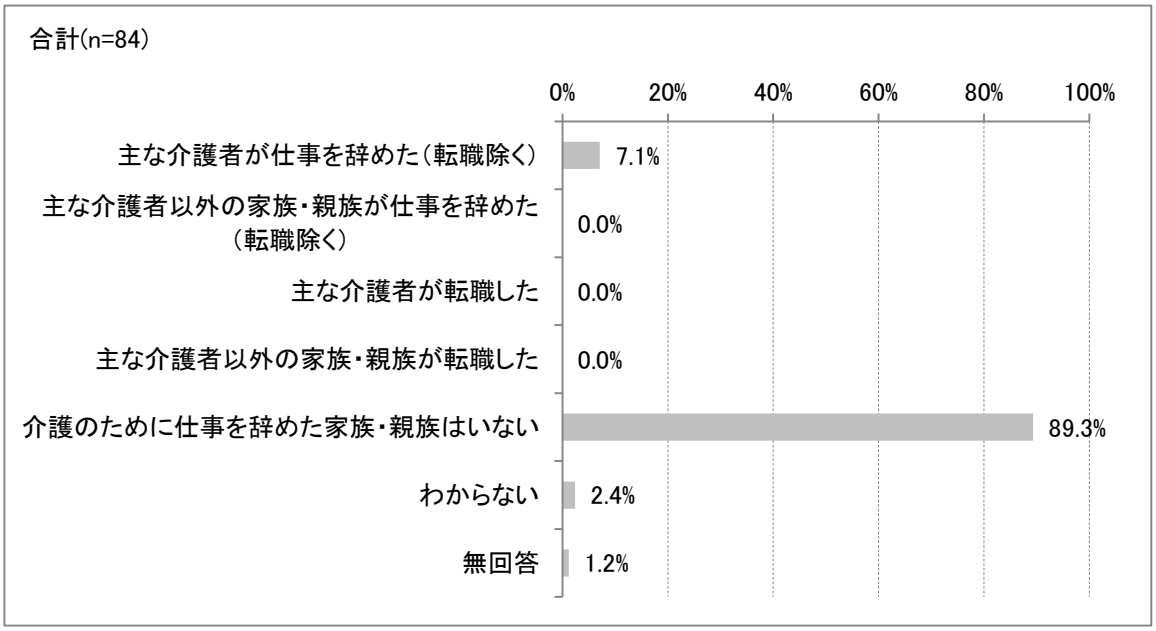
１　介護者の年齢

60 代の家族による介護が３割と最も多く、老々介護が５割近く存在しています。

２　就労継続の可否に係る意識、介護のための離職の有無

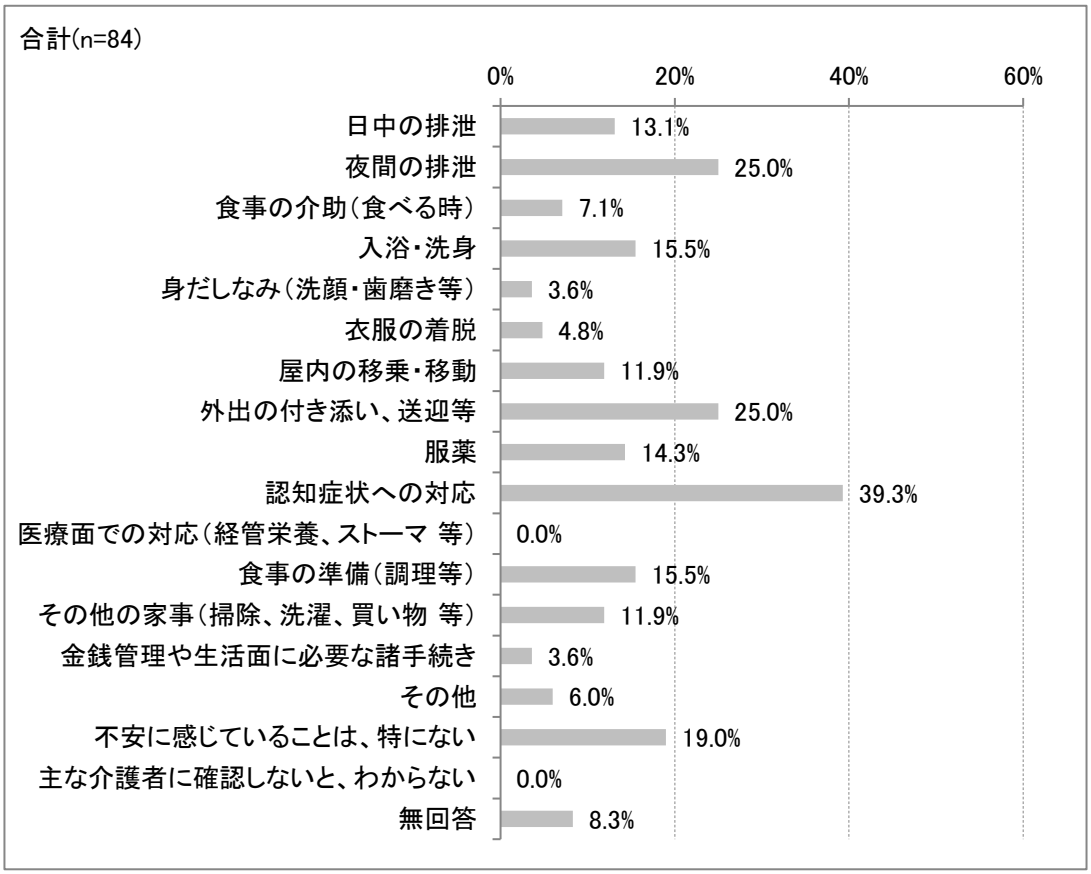
働きながらの介護に問題がないという回答が３分の２を占めていますが、約１割程度が問題ありと回答しています。また、介護のために時間を調整して働いている人が３割近く存在しており、介護離職者についても、7.1％（６人）確認できました。





3　介護者が不安に感じる介護

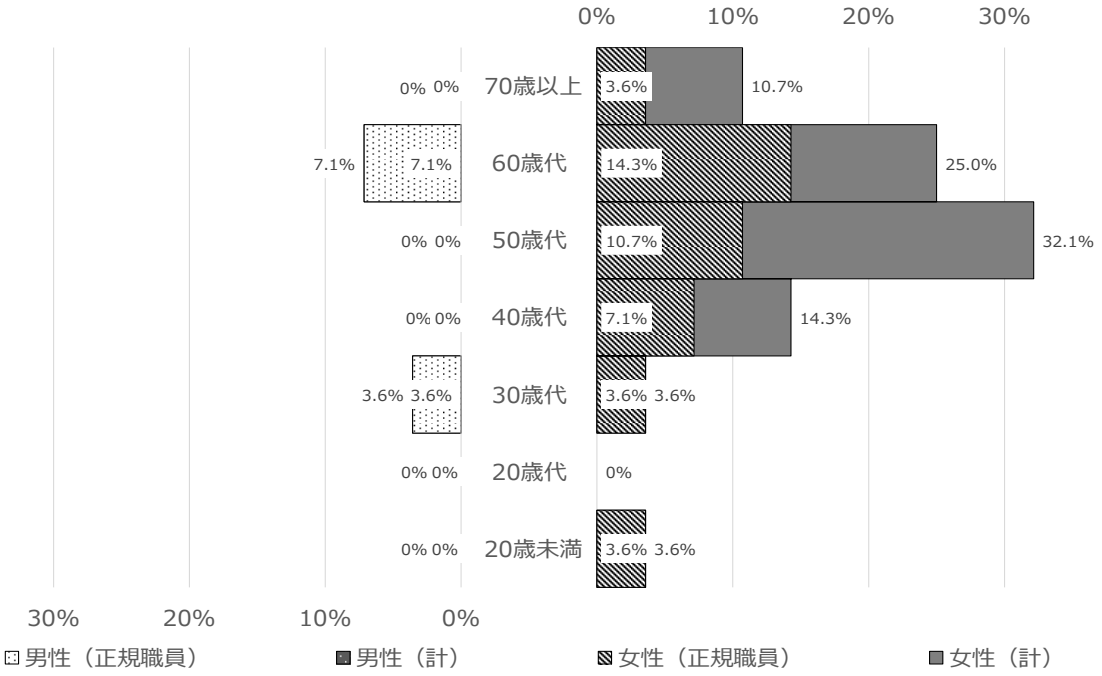
不安に感じる介護は、「認知症状への対応（39.3%）」が最も高く、続いて「夜間の排泄（25.0%）」、「外出の付き添い、送迎など（25.0%）」などが上位となっています。



第５節　介護人材実態調査の概要

介護人材の実態を個票で把握することにより、性別・年齢別・資格有無別などの詳細な分析を行い、介護人材の確保に向けて必要な取り組みなどを検討することを目的に、全ての介護施設・事業所調査に郵送などによる調査を実施しました。（回答事業所数＝20 件）

１　年齢構成（訪問系）



２　介護職員数の変化

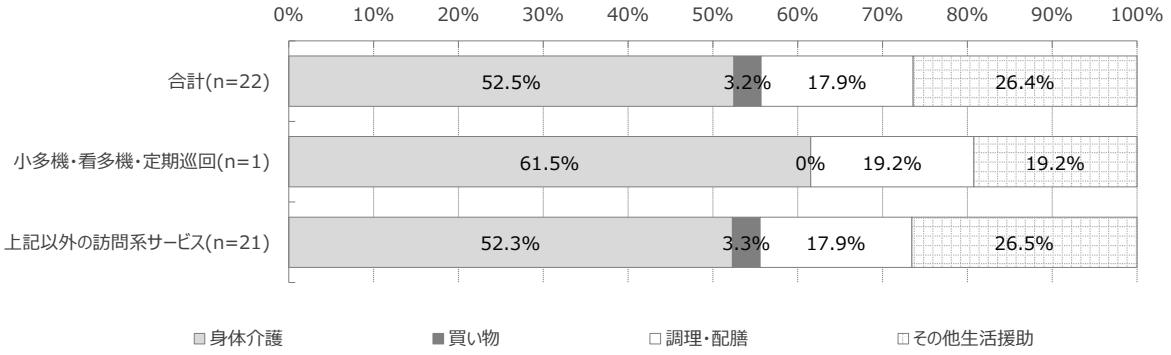
サービス系統（該当事業所数）	職員総数			昨年比		
	正規職員	非正規職	小計	正規職員	非正規職	小計
全サービス系統(n=20)	126人	81人	207人	104.1%	109.5%	106.7%
訪問系(n=6)	22人	33人	55人	100.0%	100.0%	101.9%
通所系(n=5)	33人	11人	44人	113.8%	122.2%	115.8%
施設･居住系(n=9)	71人	37人	108人	101.4%	115.6%	105.9%

サービス系統（該当事業所数）	採用者数			離職者数		
	正規職員	非正規職	小計	正規職員	非正規職	小計
全サービス系統(n=20)	10人	12人	23人	5人	5人	10人
訪問系(n=6)	1人	3人	5人	1人	3人	4人
通所系(n=5)	5人	3人	8人	1人	1人	2人
施設･居住系(n=9)	4人	6人	10人	3人	1人	4人

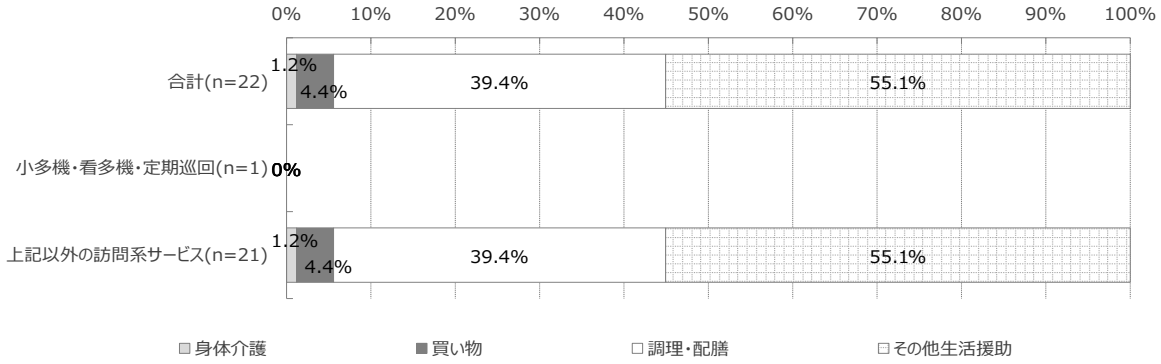
※「採用者数」の小計が相違しているか所は、未記入者も含めています。

3　訪問介護の内容別サービス提供時間

【介護給付】



【予防給付・総合事業】



令和２年９月に実施した「介護人材実態調査」では、職員の年齢構成は全サービス合計では、40 代女性の割合が最も多く、続いて 50 代女性、60 代女性となっています。

訪問系においては、50代女性の割合が最も多く、続いて60代女性となっています。

なお、介護職員数の変化をみると、昨年離職した人数よりも就職した人数が多い結果にはなっていますが、現場では職員の補充がすぐにはできない事や、新規施設開設時や新サービス事業開始時の職員確保には、大変苦慮しているとの意見があります。

以上の結果より、既存の職員に対する継続支援と併せて、今後増えていくニーズへの対応策が求められています。また、訪問サービスにターゲットを絞った対策を検討していく必要があります。

引き続き、御船町生活たすくるサービス事業の協力会員（たすくるメイト）やシルバー人材センターの活用により、訪問系サービスにおける生活支援部分を元気高齢者に担ってもらい、ヘルパーの時間を削減していく取り組みや、高等学校など学校で実施している認知症サポーター養成講座における魅力周知に力を入れながら、有償ボランティアからのキャリアアップの仕組みを検討していきます。

第３章　基本理念と計画策定の考え方

第１節　計画の目指す姿

１　基本理念

本計画は、「第６期御船町総合計画」の将来像「みんながわくわくする御船町」の実現に向けた、高齢者保健福祉の個別計画・実施計画として位置づけを持つものです。

総合計画では、「町民、企業、団体などと行政とが一体となり、本町に関わる多様な主体が共働してまちづくりを進める必要があります。（『オールみふね』共に考え、共に動き、共に進めていく）」とされ、「つなぐ」をキーワードとして「人をつなぐまちづくり」「魅力をつなぐまちづくり」「未来へつなぐまちづくり」の３つの基本理念のもと、各種施策を総合的に推進しています。

本計画は、高齢者とその家族の視点に立ち、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる「地域包括ケアシステムの深化・推進」を目指し、目標を住民や関係者と共有することにより、総合的かつ計画的に推進することを目的に、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 2025 年を見据えた中長期的な地域包括ケア計画３期目として、前計画における基本理念を引き継ぎつつ、その実現に向けた施策の継続的な展開と拡充を図ります。

第６期御船町総合計画

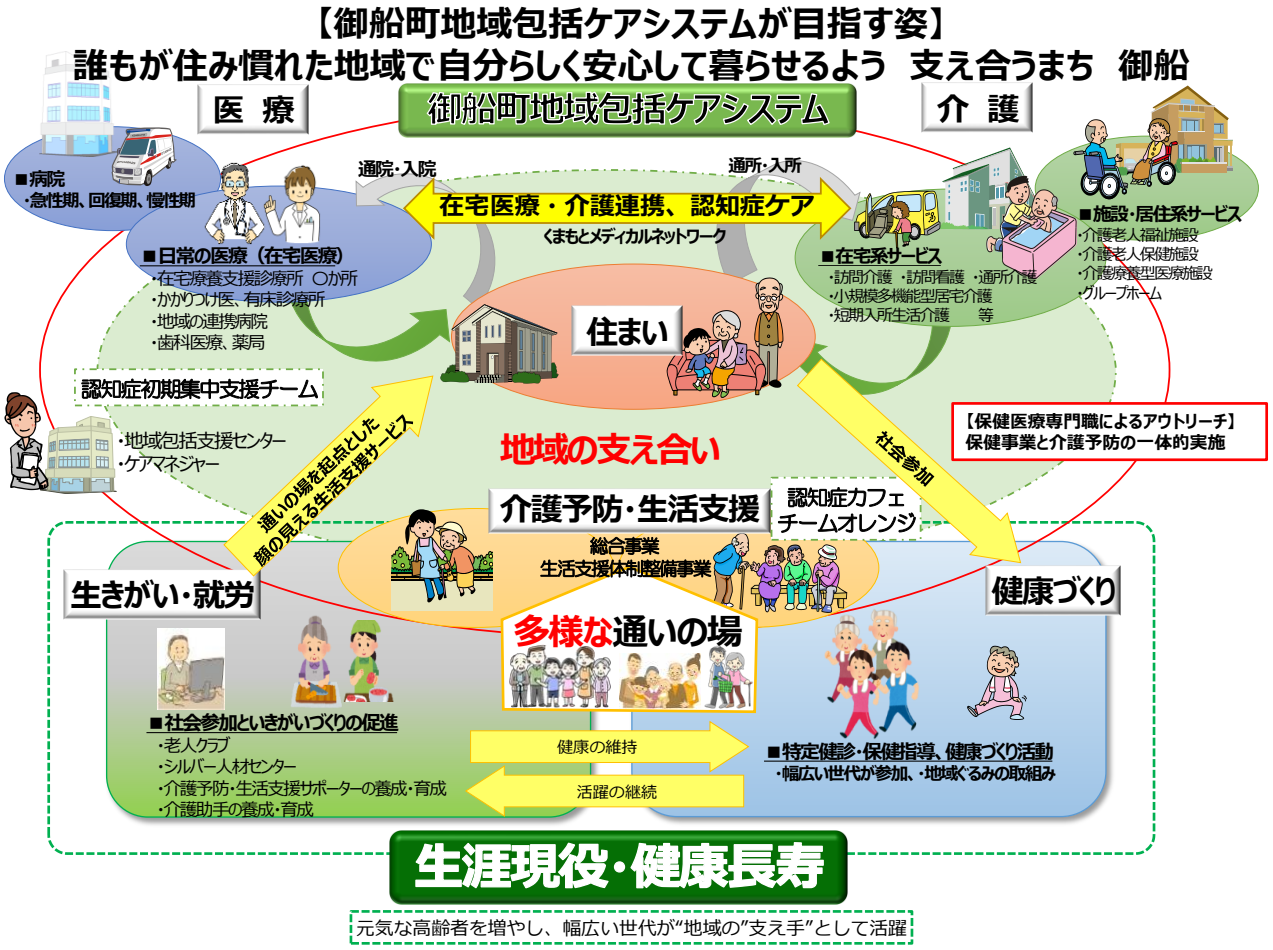
みんながわくわくする御船町

第３期御船町地域福祉計画

みんながいきいき輝き　健康で安心のある暮らしづくり

高齢者保健福祉計画・第８期介護保険事業計画　基本理念

誰もが住み慣れた地域で
自分らしく安心して暮らせるよう　支え合うまち　御船



本計画において、「誰もが住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らせるよう　支え合うまち　御船」を目指して、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、多様な通いの場を拠点にした顔の見える地域の支え合いを推進していきます。

※地域包括ケアシステムとは、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい、医療、介護予防、生活支援が一体的に提供されるシステムのことです。（地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備などに関する法律）

２　基本目標

本町は、高齢者の尊厳を保持した自立支援や重度化防止の取り組みを推進し、高齢者が安心して暮らし続けることができるよう、本計画の目指す姿の実現に向けて、高齢者の暮らしに応じた５つの目標に分け、地域の関係機関の連携により実現します。

基本目標１

生涯現役社会の実現と自立支援、健康づくりの推進

基本目標２

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体制の整備

基本目標３

在宅でも安心して暮らせるための
医療と介護の連携・在宅医療基盤の充実

基本目標４

住民の希望、地域の実情に応じた
多様な住まい・サービス基盤の整備・活用

基本目標５

多様な介護人材の確保・定着や介護サービスの質の確保・向上

基本目標１

生涯現役社会の実現と自立支援、健康づくりの推進

主要施策

①高齢者の社会参加の促進

②健康づくりの推進

③自立支援に向けた介護予防・日常生活支援総合事業の充実

④保健事業と介護予防の一体的実施の推進

⑤閉じこもりなど地域間の差の解消に向けた取り組みの推進

本町では平成 25 年度より日本老年学的評価研究（JAGES）に参加し、３年に１回の頻度で「健康とくらしの調査」を実施しています。地域診断データに基づき、優先課題や重点対象地域を決定し、健康格差対策に取り組んでいます。他自治体との比較や町内小地域間での比較、経年評価に取り組むことで生涯現役社会の実現に向けた取り組みのＰＤＣＡサイクルを構築しています。

本計画期間においても、「健康とくらしの調査」や「見える化システム」、自立支援型地域ケア会議、多職種連携会議などから明らかになった地域課題について、庁内の地域包括ケア推進会議において専門家の支援を受けながら、地域包括ケアシステムの実現に向けた庁内の取り組みを引き続き推進していきます。

また、要支援者などの高齢者は、ＩＡＤＬの低下が見られることに加え、一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯が増加する中、高齢者などの在宅生活を支えるためには、地域の多様な主体が支え手として活躍できるよう、住民主体の地域づくりや多様なサービスの提供体制の構築が重要となります。このため、第１層、第２層の生活支援コーディネーターと協議体を活用しながら、住民が主体的に課題解決に取り組むことができる体制づくりや多様な生活支援サービスの創出に取り組みます。

要介護の前段階である「フレイル（虚弱）」を防ぐには「栄養」「運動」「社会参加」が重要であり、「住民主体の通いの場」には多大な期待を寄せています。

令和２年３月末、新型コロナウイルス感染拡大による緊急事態宣言が出され、介護予防教室や地域サロンなどの「住民主体の通いの場」が一時休止となったことで、高齢者の運動・交流の機会が減少し、認知症の発症や要介護リスクの増大など高齢者の健康に及ぼす影響が危惧されました。

新型コロナウイルスによる外出頻度の減少などが顕在化する中、高齢者のフレイル対策に重点的に取り組む必要があります。緊急事態宣言後に実施した後期高齢者を対象にした実態調査で、フレイルのリスクの高い高齢者に対して訪問により自宅で行う運動プログラムの提供を行ってきましたが、今後も継続してフレイル対策に取り組む必要があります。また、収束後の世界を見据えて、改めて外出や社会参加・つながりの持ち方について、遠隔での運動プログラムやウェブ会議ツールの活用など多様な手段や選択肢も検討していきます。

本町では、元気になって地域で社会参加を継続する循環型介護予防システムに平成18 年度より取り組んでおり、新しい生活様式の下で、循環型介護予防システムを拡充するとともに、住民主体の通いの場の創出を図ります。本町の循環型介護予防システムは、介護予防・生活支援サポーターが大きな役割を担っており、登録者は約 400 名に上ります。本計画では、継続して介護予防・生活支援サポーターの養成に取り組むとともに、全地区での訪問型サービスの構築を目指します。

本町では、高齢者の自立支援型ケアマネジメントに向けた取り組みとして、介護支援専門員が要支援者、要介護者の居宅サービス利用者の事例報告を行い、主任介護支援専門員、理学療法士、精神保健福祉士、保険者、生活支援コーディネーター、地域包括支援センター職員など必要に応じ多職種の視点で個別事例の検討会を平成 29 年度より月１回の頻度で開催しています。

今後も、介護支援専門員の質の向上に努め、利用者の自立支援に向けた会議の運営を行い、他事業所間の連携や地域課題の発見の場にもなるよう方向付けを目指し、月１回以上の定例開催や多職種の参加、機能の充実などを進めていきます。

健康寿命の延伸を目的として特定健康診査・特定保健指導事業、がん検診事業などに取り組みます。

なお、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、本町では本計画期間中の実施を目指します。

基本目標２

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体制の整備

主要施策

- ①認知症への理解と普及・啓発、本人発信支援の推進
- ②認知症の予防の推進
- ③認知症医療・ケア・介護サービス・介護者への支援の推進
- ④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援の推進

本町では、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって暮らせる体制の整備に向けた地域づくりとして、町人口の 20%以上の認知症サポーター養成及び活動の活性化を図るとともに、前期計画に引き続き全小中学校での認知症サポーター養成講座の開催や認知症の人と接する機会があると考えられる店舗などでの養成講座の実施を進めていきます。

また、現在活動している介護予防・生活支援サポーターや見守り隊のメンバー（多くは認知症サポーター養成講座受講済）に認知症へのさらなる理解を促し、理解者としての活動の推進を図るとともに、認知症カフェへの認知症サポーターの参画を図り、認知症地域支援推進員はこれらの活動を支援しながらチームオレンジの設置による認知症の人の意思決定に基づく本人支援に取り組みます。

また、認知症初期集中支援チーム活動を活性化させ、チーム内で出た課題や事例については、地域ケア会議で検討を行うなど、地域資源を有効に活用した取り組みを実施し、連携体制をさらに強化できるよう取り組んでいきます。

さらに、認知症に関する相談窓口の周知に向けた取り組みを推進するとともに、会議などで得られた情報をもとに、認知症地域支援推進員と協力し、認知症ケアパスの普及を図ります。

国の成年後見制度利用促進基本計画に基づき、権利擁護支援の地域連携ネットワークづくりと広域的な中核機関の設置を推進し、成年後見制度の広報、相談、利用促進を目指していきます。

本町の２つの高齢者虐待の対応窓口である（地域包括支援センター、福祉課社会福祉係）の周知を重点的に行い、ふだんの見守りや声かけの中で得られるちょっとした気付きなどの報告を受け入れる体制づくりを目指し、早期発見、早期対応、養護者の支援を進めていきます。

また、高齢者の虐待防止に向けて人権擁護などについて、地域住民などの意識の向上のために啓発活動に努めます。

基本目標３

在宅でも安心して暮らせるための医療と介護の連携・在宅医療基盤の充実

主要施策

①在宅医療・介護連携の推進

②2025 年・2040 年を見据えた地域包括支援センターの機能強化と事業推進

上益城圏域内の５町・上益城郡医師会で協働し、在宅医療・介護連携推進事業に取り組みます。

今後も継続して多職種による意見交換を定期的に実施し、良好な医療と介護体制の維持・向上を進めていきます。また、くまもとメディカルネットワークなどのＩＣＴを活用した在宅医療・介護連携も推進していきます。

本町地域包括支援センターでは、現在、３職種の配置を行うことが出来ていますが、適切、公正かつ中立な運営を図るため、業務の状況や量などの程度を把握し、評価・点検を行い、厚生労働省が策定する評価指標を用いて、必要な人員体制の充実や予算確保について、検討していきます。

さらに、今後後期高齢者が増加していく 2025 年、85 歳以上人口が増加していく 2040 年を見据えて、地域包括支援センターの機能強化を検討します。

基本目標４

住民の希望、地域の実情に応じた
多様な住まい・サービス基盤の整備・活用

主要施策

①地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進

②高齢者福祉事業・生活支援体制整備事業の推進

③高齢者の移動手段と高齢者向け住まいの確保の推進

④防災対策・感染症対策の推進

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

高齢者福祉事業を必要とする町民に行きわたるように制度の周知を進めるとともに、生活支援体制整備事業を活用して住み慣れた地域で安心して暮らし続けるための自助・互助の仕組みを構築していきます。

高齢者などの移動手段の確保については、訪問型サービスＤを活用した移動支援の仕組みなど全国の先進事例などの動きや情報を把握しながら、関係課などと連携して一体的な公共交通サービスや移動支援サービスを検討していきます。また、地域公共交通会議などに福祉分野からも参画し、交通弱者の方への支援なども検討していきます。

在宅で介護を受けている方のうち、要介護３以上の方で高齢独居や高齢夫婦のみ世帯や認知症の人など、早急な対応が必要な方への対応に向けて、優先的な施設入所などの対応を行うとともに、在宅サービスの提供や家族への支援を行うことで、住み慣れた地域で生活し続けることが出来るよう支援します。

町営住宅の入居者募集では、高齢者・障がい者が優先的に入居できるよう対応していますが、バリアフリー対応などは、主管課と協議しながら対応を行っていきます。

新型コロナウイルス感染症の影響により、外出控えなどから社会的交流の減少により、フレイルリスクが高まる恐れや介護サービスの利用控えなどの恐れも出てくることから、感染症対策を介護事業者と連携して推進するとともに、近年増加傾向にある災害に対する備えについても地域、介護事業者と連携して取り組みます。

基本目標５

多様な介護人材の確保・定着や介護サービスの質の確保・向上

主要施策

①介護給付の適正化に向けた取り組みの推進

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

介護給付の適正化に向けて、ケアプラン点検や医療情報突合・縦覧点検、リハビリテーション専門職の視点を取り入れた福祉用具・住宅改修の適正化に係る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・向上を目指します。

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ます。

３　重点項目･重点目標

（１）地域間格差の解消に向けた取り組みの推進

本町では、平成 25 年度より日本老年学的評価研究（JAGES）に参加し、専門家の助言を受けながら、健康に関する様々な指標について、地域間格差の解消に向けた取り組みを推進しています。

特に、高齢者の健康課題・生活課題は多岐にわたり、担当課のみでは効果的・効率的な対応が困難であることからも、専門家の助言を受けながら地域包括ケア推進会議を開催し、庁内の連携体制を構築しています。

本計画では、これまで取り組んできた閉じこもりの地域間格差の解消に向けた取り組みを中山間地区に重点化して継続するとともに、全国調査と比較して本町の課題として浮かび上がった「スポーツ・趣味・学習・教養サークルへの参加」について、地域包括ケア推進会議を活用し、庁内の取り組みを推進します。

	第８期計画の目標値（R4 調査）
閉じこもり割合の地域間格差	2.6%以下
趣味の会の参加割合の地域間格差	0.7%以下
学習・教養サークルの参加割合の地域間格差	1.9%以下
ＩＡＤＬ低下者割合の地域間格差	0.1%以下
知的能動性低下者割合の地域間格差	2.0%以下

（２）週１回以上の住民主体の通いの場（地域サロン）の整備と担い手の育成

高齢者の社会参加を促進し、地域のつながりを強化していくうえで、歩いて通うことができる範囲に、住民主体の通いの場を整備していくことが重要です。さらに、介護予防かつ閉じこもり予防の観点から通いの場の整備が必要です。

住民主体で通いの場を整備していくうえで、地域住民が通いの場の必要性を理解し、それぞれができる範囲で協力していく土壌を作っていくことが必要です。

また、住民主体の通いの場を支える担い手を計画的に育成していくことが必要となります。

本計画では、生活支援体制整備事業を活用し、話し合いの場（協議体）を通じて住民主体の通いの場の整備に関する地域住民の理解を図り、介護予防・生活支援サポーターを計画的に養成・育成しながら、週１回以上開催される住民主体の通いの場の整備を進めていきます。

	第８期計画の目標値		
	R3	R4	R5
週１回以上の住民主体の通いの場（か所）	4	5	6
介護予防・生活支援サポーター養成者数（人）	15	15	20
介護予防・生活支援サポーター登録者数（人）	415	430	450

4　基本構想の枠組みと基本計画の枠組み

基本理念 ▶ 基本目標 ▶ 主要施策

【本計画期間中に達成を目指す６つの数値目標】

★KPI①週1回以上の通いの場６か所
★KPI②介護予防・生活支援サポーター数450名以上
KPI③閉じこもりの地域間格差の解消2.6%以内
KPI④要介護認定率17%以下（総合計画より）
KPI⑤新規要介護認定率3.5%以下
KPI⑥介護給付・予防給付・総合事業総額の伸び率
＜後期高齢者数の伸び率

誰もが住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らせるよう支え合うまち　御船

基本目標	主要施策	
１．生涯現役社会の実現と自立支援、健康づくりの推進	①高齢者の社会参加の促進	P49～51
	②健康づくりの推進	P52～53
	③自立支援に向けた介護予防・日常生活支援総合事業の充実	P54～60
	④高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進	P61
	⑤閉じこもり等の地域間格差の解消に向けた取り組みの推進	P62～66
２．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体制の整備	①認知症への理解と普及・啓発、本人発信支援の推進	P67～68
	②認知症の予防の推進	P69
	③認知症医療・ケア・介護サービス・介護者への支援の推進	P70～72
	④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援の推進	P73～76
３．在宅でも安心して暮らせるための医療と介護の連携・在宅医療基盤の充実	①在宅医療・介護連携の推進	P77～78
	②2025年・2040年を見据えた地域包括支援センターの機能強化と事業推進	P79～81
４．住民の希望、地域の実情に応じた多様な住まい・サービス基盤の整備・活用	①地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進	P82～84
	②高齢者福祉事業・生活支援体制整備事業の推進	P85～90
	③高齢者の移動手段と高齢者向け住まいの確保の推進	P91～92
	④防災対策・感染症対策の推進	P93～96
５．多様な介護人材の確保・定着や介護サービスの質の確保・向上	①介護給付の適正化に向けた取り組みの推進	P97～98
	②多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みの推進	P99
	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	P100

事業内容

（1）週1回以上の通いの場（地域サロン）の整備	（2）ボランティア活動の充実
（3）老人クラブ等の活動支援	（4）シルバー人材センターの活動支援
（5）生涯学習・生涯スポーツの推進	

（1）生活習慣病の予防	（2）がん検診の受診率向上
（3）健康づくりを守り支えるための社会環境づくり	

（1）循環型介護予防システムの構築推進	（2）介護予防・生活支援サービス事業の推進
（3）一般介護予防事業の推進	（4）事業評価に基づく総合事業PDCAサイクル構築

（1）高齢者の生活習慣病等の重症化予防

（1）中山間地域における取り組みの推進	（2）趣味の会、学習・教養サークルの会の参加機会の促進
（3）IADL低下者・知的能動性低下者の割合の改善に向けた取り組みの推進	

（1）認知症サポーターの養成・活動活性化	（2）キャラバン・メイトの養成・活動推進
（3）認知症の人の意思決定に基づく本人支援の推進	（4）認知症相談窓口の認知度向上に向けた取り組みの推進
（5）認知症の人本人からの発信支援の推進	
（1）認知症の予防についての理解の促進	（2）早期発見・早期対応の充実

（1）認知症初期集中支援チームの活動の充実	（2）認知症地域支援推進員の活動活性化
（3）認知症ケアパスの普及・啓発	（4）介護従事者の認知症対応能力の向上の推進

（1）成年後見制度利用促進計画の推進	（2）高齢者の虐待防止の推進
（3）高齢者の消費者被害の防止の取り組みの推進	（4）若年性認知症の人への支援
（5）認知症カフェの拡充	
（1）在宅医療・介護連携推進事業の推進	（2）多職種連携体制づくりの推進

（1）地域包括支援センターの機能強化	（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）町民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制づくり	
（2）包括的な相談支援体制の構築	（3）共生型サービスの普及に向けた取り組みの推進

（1）生活支援コーディネーターの配置	（2）協議体の設置
（3）民生委員・児童委員の活動支援	（4）福祉協力員の活動支援
（5）高齢者心配ごと相談事業	（6）小地域見守りネットワーク事業
（7）地域サロン助成事業	（8）在宅高齢者等緊急通報システム設置事業
（9）老人福祉電話貸与事業	（10）介護予防拠点整備事業
（11）小学生のボランティアスクール、中学高校生のワークキャンプの推進	

（1）コミュニティバスの利活用促進	（2）公共交通空白地域の移動手段の検討
（3）住宅改造助成事業	（4）有料老人ホーム等の県との情報共有
（5）地域密着型サービスの整備計画	

（1）防災対策の推進	（2）避難行動要支援者制度の推進
（3）熊本地震からの復興に向けた取り組みの推進	（4）感染症対策の推進

（1）要介護認定の適正化	（2）ケアプランの点検の充実
（3）福祉用具・住宅改修の点検の充実	（4）医療情報突合・縦覧点検の実施

（1）介護職員初任者研修等の住民への周知	（2）間接介護の担い手の育成・マッチング

（1）サービスの質の向上に向けた事業者への支援	（2）適切な指導監査の実施

地域包括ケア推進会議による庁内が連携した事業推進

御船町地域包括ケアシステムの深化（地域共生社会の実現）

第２部　具体的施策

第１章　高齢者福祉･地域支援事業の展開

第１節　生涯現役社会の実現と自立支援、健康づくりの推進

１　高齢者の社会参加の促進

（１）週１回以上の通いの場（地域サロン）の整備

事業概要　新設　方向性

介護予防・閉じこもり予防の観点及び地域のつながり強化の観点から、介護予防・生活支援サポーターなど、地域住民が担い手となり、週１回以上の通いの場を実施する取り組みを支援します。

また、各地区での取り組みがすでに行われている地域サロンを週１回以上の開催への移行を支援するとともに、新たな週１回以上の活動への支援を強化します。

★最重点目標	第７期計画の実績値			第８期計画の計画値		
	H30	R1	R2（見込）	R3	R4	R5
週１回以上の通いの場（か所）	2	2	2	4	5	6

（２）ボランティア活動の充実

事業概要　現状･課題

現在活動を行っている介護予防・生活支援サポーターは、平成 15 年度より転倒予防サポーターとして始まり、平成 18 年度からは介護予防サポーターに、平成 26 年度からは介護予防・生活支援サポーターに名称を変えながら養成を行っています。現在、登録者が 400 名を超え、介護予防事業や地域サロンなどで活躍しています。

★最重点目標	第７期計画の実績値			第８期計画の計画値		
	H30	R1	R2（見込）	R3	R4	R5
介護予防・生活支援サポーター養成者数（人）	29	24	12	15	15	20
介護予防・生活支援サポーター登録者数(人)	377	396	402	415	430	450

方向性

現在、介護予防・生活支援サポーター養成講座の新規受講者数は減少傾向にあり、サポーターの高齢化も進んでいます。地域の新たな活躍の場が課題となっているため、他事業から協力を依頼できるサポーターの発掘を目指し、さらなる養成と新たな活躍の場の創出を進めていきます。

（３）老人クラブ等の活動支援

事業概要　現状･課題

老人クラブでは、心と体の健康づくり、お互いを助け合う友愛活動、地域の環境美化や子どもの安全への配慮などをテーマに年間計画を立て活動されています。

しかし、加入者は徐々に減少し、加入者の高齢化も進んでいるのが現状です。高齢者の社会参加促進のため、新規加入者の増加や活動の充実を図る必要があります。

老人クラブの活動の一環として、高齢者相互の支え合いとしてシルバーヘルパー活動があり、主に一人暮らし高齢者・病気がちな高齢者などを対象として生活や心配事の相談・話し相手や買い物支援などに取り組んでいます。

	第７期計画の実績値			第８期計画の計画値		
	H30	R1	R2（見込）	R3	R4	R5
老人クラブ数（クラブ）	39	39	39	39	39	39
老人クラブ加入者数（人）	3,126	3,044	2,931	3,000	3,000	3,000
シルバーヘルパー加入者数（人）	87	78	78	80	80	80
シルバーヘルパー養成講習会開催数（回／年）	2	2	2	2	2	2

方向性

高齢者にとって魅力ある組織になる活動に対して支援を続け、加入者の増加を図ります。今後、活動内容をさらに充実し、民生委員・児童委員、福祉協力員などとの協力や各種団体との交流を図ります。

（４）シルバー人材センターの活動支援

事業概要　現状・課題

シルバー人材センターは、高齢者が経験や知識、技術を生かして社会のために仕事することを目指した組織であり、①高齢者が自ら生きがいの充実と社会参加、②シルバー人材の必要性と地域住民との共生、③「自主、自立、共働、共助」の基本理念の追及を目指しています。

	第７期計画の実績値			第８期計画の計画値		
	H30	R1	R2（見込）	R3	R4	R5
シルバー人材センター会員数（人）	99	90	90	90	90	90

方向性

シルバー人材センター会員の維持を目指すとともに、高齢者が健康で意欲と能力のある限り働き続けることができる就業の機会を確保し、提供できるよう継続して支援活動を進めます。

（５）生涯学習・生涯スポーツの推進

事業概要　現状・課題　方向性

御船町カルチャーセンター（公民館）や御船町立図書館、スポーツセンターを中心に、多くの施設が生涯学習推進の拠点として重要な役割を担っています。

生涯学習講座などをきっかけとした自主活動への移行など、通いの場の創出への期待も高く、社会教育課と連携して自主活動の情報を把握するなどの取り組みを検討します。

引き続き高齢者の健康づくりと介護予防に関する分野において、教育委員会と連携し、出前講座の実施や生涯学習の充実に取り組んでいきます。

2　健康づくりの推進

（１）生活習慣病の予防

事業概要

脳血管疾患や心疾患を予防するためには、生活習慣病を早期に発見し、コントロールすることが大切です。そのためには、40～74 歳を対象に医療保険者が実施する特定健康診査（以下「特定健診」という。）を毎年受けることが重要です。御船町では、町が医療保険者となる国民健康保険加入者を対象に実施しています。また、75 歳以上（後期高齢者医療保険加入者）に対しては、後期高齢者健診を実施しています。

健診結果に基づき、特定保健指導（積極的支援、動機づけ支援）及び重症化予防のための保健指導を実施しています。

	第７期計画の実績値			第８期計画の計画値		
	H30	R1	R2（見込）	R3	R4	R5
特定健康診査受診率（%）	45.7	45.4	―	56.0	58.0	60.0
特定保健指導実施率（%）	72.7	67.6	―	67.0	68.0	70.0
メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の割合（%）	30.3	30.4	―	25.0	23.5	22.0
高血圧（160/100mmHg 以上）の者の割合（%）	4.9	5.2	―	4.5	4.0	3.0
脂質異常症（LDL180mg/dl 以上）の者の割合（%）	2.9	3.2	―	2.7	2.5	2.2
糖尿病有病者（HbA1c6.5 以上）の割合（%）	10.8	9.7	―	9.0	8.5	8.0
後期高齢者健康診査受診率（%）	18.41	18.88	18.64	21.18	21.18	21.18

御船町国保特定健康診査法定報告、御船町国保特定健診結果

現状・課題　　方向性　　充実・拡充

特定健診受診率は、近年ほぼ横ばいとなっており、目標の 60.0%には達していません。特に、40～59 歳の若い年代の受診率が低い傾向にあり、中には医療にも健診にもかかっておらず健康状態が不明な方もいらっしゃいます。

特定健診受診者のうち、メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍は年々増加傾向にあります。また、高血圧の者と脂質異常症の者の割合は横ばい傾向ですが、糖尿病有病者の割合は平成 26 年度から平成 30 年度まで増加傾向にあり、有所見者の状況はまだまだ改善が必要な状況です。

今後は、引き続き様々な機会を活用し、特定健診の受診勧奨を実施していきます。加えて、対象者が受診しやすい環境の整備として、医療機関にて個別に受診することができる体制についても検討していきます。また、有所見者に対する保健指導を実施し、生活習慣病の改善を促します。

75 歳以上の後期高齢者については、地域包括支援センターと連携し、適切な医療受診や生活習慣改善を促していきます。

（２）がん検診の受診率向上

事業概要

がんは早期発見・早期治療がとても大切な疾患です。御船町では、早期発見を促すために各種がん検診を実施しています。集団健診及び人間ドックにて受診できる他、子宮がん検診及び乳がん検診は医療機関での個別検診を実施しています。また、大腸がん検診においては郵送による検診も実施し、対象者が受診しやすい体制整備を行っています。

		第７期計画の実績値			第８期計画の計画値		
		H30	R1	R2（見込）	R3	R4	R5
胃がん検診受診率（%）（抽出：50～69 歳　国保）	男性	43.5	44.7	―	45.0	47.0	50.0
	女性	45.2	45.0	―	46.0	48.0	50.0
大腸がん検診受診率（%）（抽出：40～69 歳　国保）	男性	26.8	26.8	―	35.0	42.0	50.0
	女性	29.6	30.3	―	38.0	45.0	50.0
肺がん検診受診率（%）（抽出：40～69 歳　国保）	男性	30.6	29.1	―	35.0	42.0	50.0
	女性	33.0	32.9	―	40.0	45.0	50.0
子宮がん検診受診率（%）（抽出：20～69 歳　国保）	女性	33.9	34.7	―	40.0	45.0	50.0
乳がん検診受診率（%）（抽出：40～69 歳　国保）	女性	41.3	42.5	―	45.0	47.0	50.0

地域保健・健康増進事業実施報告

現状・課題　方向性

がん検診の受診率は、すべての項目において目標の 50.0%にまだ達していない状況です。様々な機会を活用して啓発を実施し、受診率の向上を目指します。

また、がん検診において要精密検査が出たにもかかわらず、精密検査の未受診者が 20～30%程度いる状況です。がんによる死亡を減少させるためには、すべての要精密検査者がきちんと医療機関を受診することが必要です。引き続き、医療機関未受診者への受診勧奨を行っていきます。

（３）健康づくりを守り支えるための社会環境づくり

事業概要　現状・課題　方向性

健康づくり地区推進員、食生活改善推進員、母子保健推進員など健康づくりに関する組織に対し、研修会などを実施しながら地域での活動の推進を図ります。

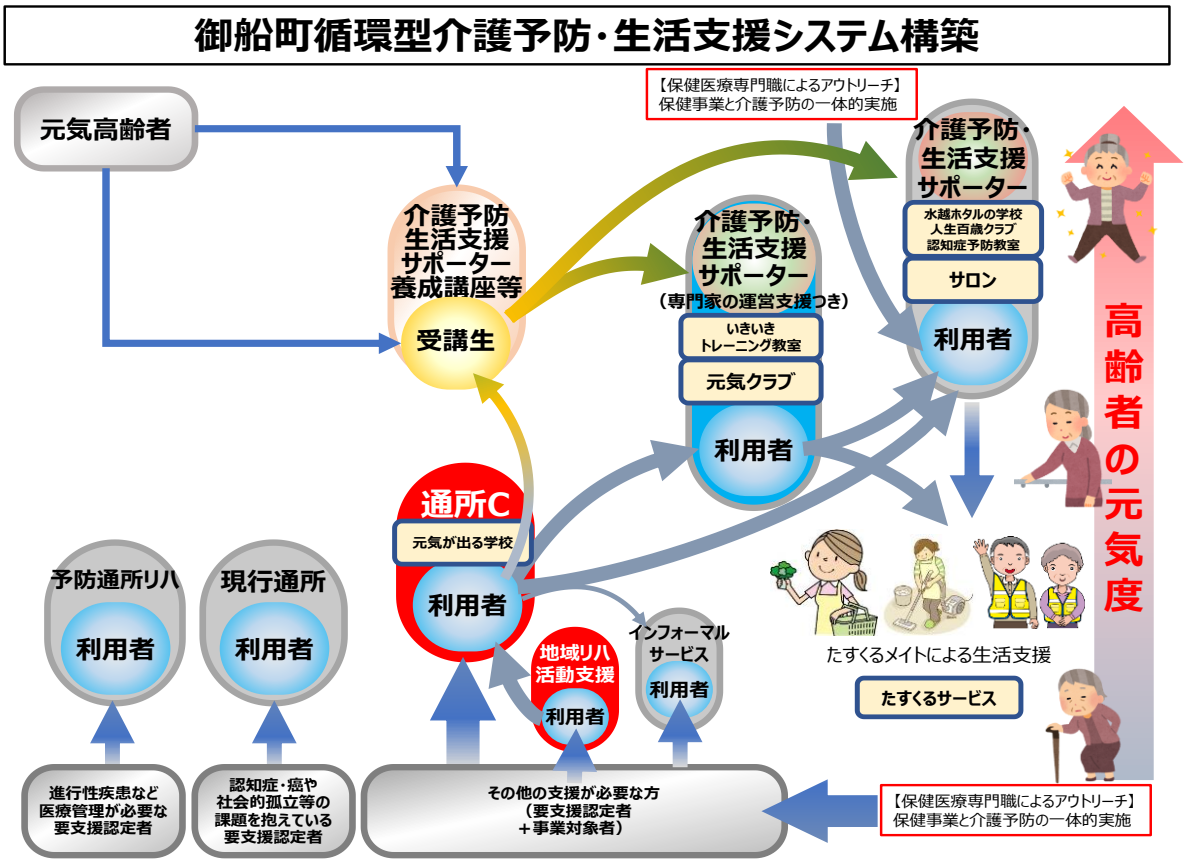
また、健康づくりを推進する上では、地域や組織における社会環境の整備が欠かせません。御船町健康づくり推進協議会において、健康づくりにおける現状・課題を共有し、地域全体での社会環境整備に向けた取り組みを推進していきます。

3　自立支援に向けた介護予防・日常生活支援総合事業の充実

（１）循環型介護予防システムの構築推進

事業概要　新設　方向性

循環型介護予防システムとは、フレイル（虚弱）高齢者や事業対象者、要支援高齢者を対象に、リハビリテーション専門職などの関わりによる短期集中的なプログラムを通じて、元気になって地域の多様な通いの場などの社会参加につながっていただくシステムで、地域の多様な通いの場を拠点として、通いの場の介護予防・生活支援サポーターによる顔の見える関係性の中で生活支援サービスを提供していく通いと訪問を一体化したものです。



本計画では、前期計画から取り組んできた事業対象者及び要支援高齢者の自立支援に向けた循環型介護予防・生活支援システムを拡充し、事業対象者や要支援高齢者が元気になって、多様な通いの場に参加する取り組みを推進していきます。

また、通所型サービスにつながりにくい事業対象者や要支援高齢者が一定数いることから、リハビリテーション専門職などが訪問健康支援を行い、循環型介護予防・生活支援システムに接続する取り組みを検討していきます。

さらに、保健事業と介護予防の一体的実施によりフレイル（虚弱）高齢者を早期に把握し、循環型介護予防・生活支援システムに接続することで、さらなる充実を図るとともに、地域の多様な通いの場を拠点として介護予防・生活支援サポーターをはじめとしたボランティアなどにより顔の見える関係性の中で生活支援サービスを提供することを目指します。

（２）介護予防･生活支援サービス事業の推進

事業概要

介護予防・日常生活支援総合事業の対象者把握からサービス提供の流れは、大きく二つがあります。

一つ目は、窓口に相談に来た方のうち、介護保険サービスを希望する方については、原則要介護認定申請をしていただき、要支援１・２に認定された方が、介護予防サービスに加えて介護予防・生活支援サービス事業の対象となります。

二つ目は、町が実施する介護予防を目的とした通所型サービスや訪問型サービス（一部例外あり）のみを希望する方については「基本チェックリスト」を用いて判定を行い、該当された方が介護予防・生活支援サービス事業の対象となります。

これらの方々については、介護予防ケアマネジメントを踏まえて、自立支援に向けた各種サービスの提供が行われることとなります。

● 指定通所型サービス　　● 指定訪問型サービス

● 通所型サービスＡ（いきいきトレーニング教室）

週１回の活動の中で、体力や筋力などが少し弱ってきている方へ、介護予防・生活支援サポーターを中心に、運動や口腔機能の向上、栄養改善を図ります。

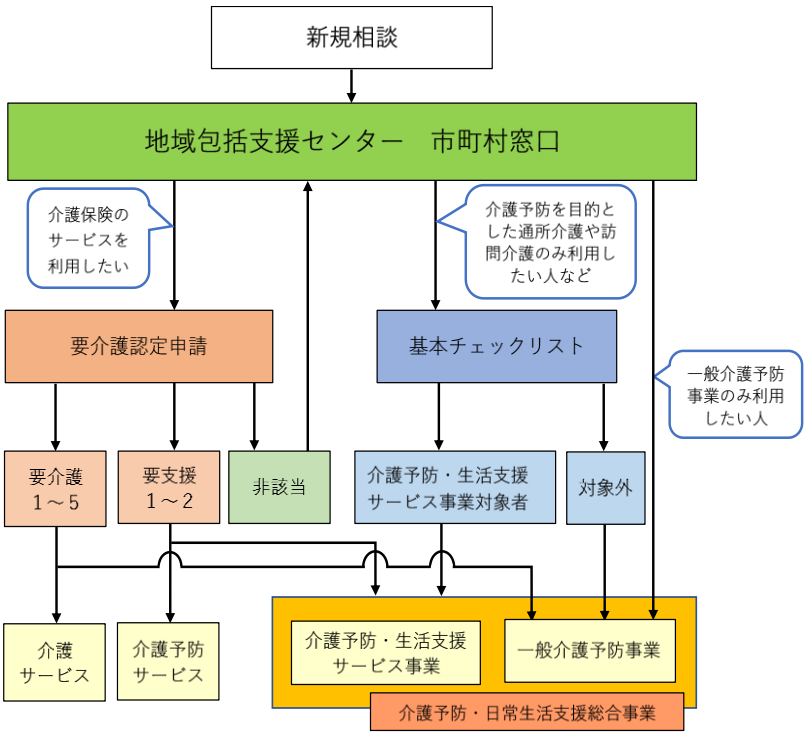
● 通所型サービスＣ（元気が出る学校）

４か月間のプログラム。

運動指導士や歯科衛生士、保健師、栄養士などの専門職が、運動や口腔機能の向上、栄養改善のための支援や指導を行います。

● 訪問型サービスＢ（御船町生活たすくるサービス事業）

家の中の掃除（整理整頓）、掃除や生活必需品の買い物、季節物の準備などのお手伝いサービスです。養成講座を受けた「たすくるメイト」が自宅を訪問します。



	第７期計画の実績値			第８期計画の計画値		
	H30	R1	R2（見込）	R3	R4	R5
通所型サービス（指定事業所）開催か所数（か所）	9	8	8	8	8	8
通所型サービス（指定事業所）利用実人数（人）	86	56	65	65	70	70
通所型サービスＡ（いきいきトレーニング教室）開催か所数（か所）	3	3	3	3	3	3
通所型サービスＡ（いきいきトレーニング教室）利用実人数（人）	63	55	50	50	50	50
通所型サービスＣ（元気が出る学校）開催か所数（か所）	1	1	1	1	1	1
通所型サービスＣ（元気が出る学校）利用実人数（人）	47	47	47	48	49	50
訪問型サービス（指定事業所）開催か所数（か所）	10	9	9	9	9	9
訪問型サービス（指定事業所）利用実人数（人）	62	53	60	60	65	65
訪問型サービスＢ（生活たすくるサービス事業）開催か所数（か所）	1	1	1	1	1	1
訪問型サービスＢ（生活たすくるサービス事業）利用実人数（人）	10	16	20	25	30	35

現状・課題　　方向性　　充実・拡充

現在、通所型サービスＡ「いきいきトレーニング教室」と、通所型サービスＣ「元気が出る学校」の利用者数は横ばいの状況にあります。通所型サービス・訪問型サービス（指定事業所）との併用を不可としており、今後は、循環型介護予防・生活支援システムの体制拡充に向けて、施策体系図や資源マップに基づいたサービスの向上に努め、併せて評価指標の検討を進めていきます。

訪問型サービスＢ「御船町生活たすくるサービス事業」の登録者数及び利用者数は増えてきており、人手不足の現状にあるホームヘルパーの負担軽減のためにも、サービスのさらなる充実が求められています。今後は、新たな担い手の確保や通いの場との連携した取り組みの実施を目指します。

（３）一般介護予防事業の推進

事業概要

地域介護予防活動支援事業として、介護予防教室や介護予防に関わるボランティアなどの人材や地域活動組織の育成・支援などを実施しています。

一般介護予防事業の介護予防教室としては、「元気クラブ」を実施しています。また、外出の機会が少ない中山間地域への取り組みとして、「水越ホタルの学校」、「人生百歳クラブ」を実施し、介護予防を図っています。

● 元気クラブ

町の 10 か所で月２回の活動を実施。住民主体の介護予防教室で、介護予防・生活支援サポーターが主体となり、運動や口腔機能向上、栄養改善、認知症予防を行います。

● 水越ホタルの学校

水越地区における、運動や口腔機能の向上、栄養改善、認知症予防を図っていく教室です。地域の人との交流を深める場として開催しています。水越地域活性化協議会の協力で給食が提供されます。

● 人生百歳クラブ

田代西部地区における、運動や口腔機能の向上、栄養改善、認知症予防を図っていく教室です。地域の人との交流を深める場として開催しています。

	第７期計画の実績値			第８期計画の計画値		
	H30	R1	R2（見込）	R3	R4	R5
一般介護予防教室開催か所数（か所）	13	11	12	13	14	15
一般介護予防教室参加実人数（人）	232	206	155	160	165	170

現状・課題　方向性　充実・拡充

介護予防教室や地域サロンは月に１～２回実施されていますが、地域によっては介護予防・生活支援サポーターが不在のか所もあり、地域差が課題となっています。令和２年度に作成したトレーニングＤＶＤを活用し、新たな取り組みの検討を進めるとともに、地域の新たな活動の場の創設を目指します。

今後も、介護予防の必要性について、講習会や研修会の開催、広報紙などでの普及啓発を図り、地域住民と協力しながら介護予防が必要な方への参加を促していきます。また、窓口におけるニーズの聞き取りなど、新規申請者への支援に努めます。

● 地域リハビリテーション活動支援事業の推進

介護予防の取り組みを機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議､住民運営の通いの場などへのリハビリ専門職などによる次の助言などを実施します。

①住民への介護予防に関する技術的助言
②介護職員などへの介護予防に関する技術的助言
③地域ケア会議やサービス担当者会議におけるケアマネジメント支援

（４）事業評価に基づく総合事業ＰＤＣＡサイクル構築

事業概要　新設

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

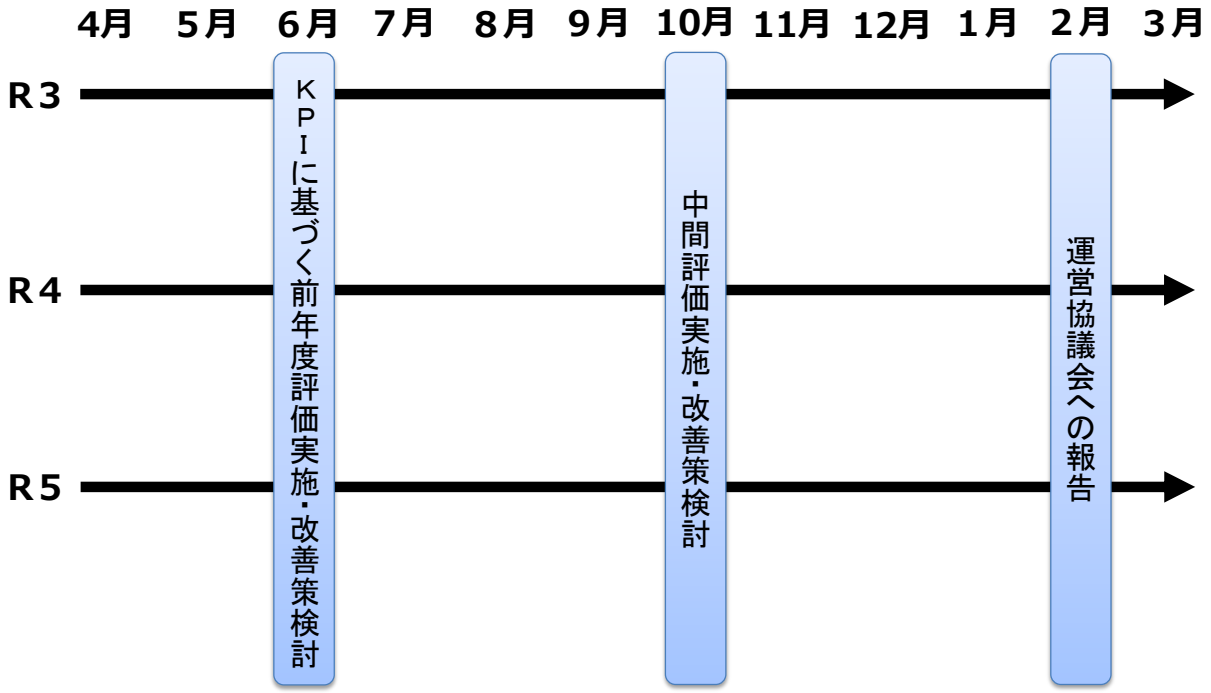
【総合事業のＫＰＩの設定（効率的・効果的な総合事業の実施）】

	令和３年度 (2021 年度)	令和４年度 (2022 年度)	令和５年度 (2023 年度)
１．事業の有効性			
1-1　介護予防の推進			
①1 号被保険者新規要介護（要支援）認定者発生	3.0%	3.0%	3.0%
②1 号被保険者要介護（要支援）認定率	17.0%	17.0%	17.0%
1-2　自立支援に向けた環境整備			
③介護予防・生活支援サポーター登録数	415	430	450
④週１回以上通いの場のか所数	4	5	6
⑤通所型サービスＣから通いの場への接続件数	25	26	27
２．事業の効率性			
①予防給付と総合事業総額の伸び率	後期高齢者伸び率を下回る		
②介護給付・予防給付・総合事業総額の伸び率	後期高齢者伸び率を下回る		

方向性

介護予防サービスの評価に加えて、総合事業全体の有効性に関してＰＤＣＡサイクルを構築するため、自立支援に向けた環境整備を主とした前項の指標を定め、毎年評価を行っていく仕組みの創出を目指します。

令和３年度からの３年間の第８期計画期間で達成を目指す地域支援事業のＫＰＩを設定し、毎年度ＫＰＩに基づく評価や課題解決方策について地域包括支援センター運営協議会で協議を行うことで第三者評価を組み入れた計画推進体制を構築します。



4　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進

（１）高齢者の生活習慣病等の重症化予防

事業概要　新設　方向性

高齢者が生涯にわたり住み慣れた地域で自立した生活が送れるよう、健診及び医療、介護などのデータから地域の健康課題を分析し、重症化予防対象者や介護予防対象者を把握して必要な支援を実施します。

● 高齢者に対する個別支援（ハイリスクアプローチ）

後期高齢者健診においても、重症化予防への取り組みが途切れないように、継続した保健事業を実施します。

● 通いの場などを活用した支援（ポピュレーションアプローチ）

通いの場などにおいて把握された高齢者の状況に応じて、健診受診勧奨や、医療の治療中断や未受診者への受診勧奨、介護サービスの利用勧奨などを行います。また、重症化予防に関する啓発も実施していきます。

5　閉じこもり等の地域間格差の解消に向けた取り組みの推進

（１）中山間地域における取り組みの推進

① 閉じこもりの解消に向けた目標設定

事業概要　　現状・課題

平成 25 年度に JAGES と共同で実施した健康とくらしの調査において、調査に参加した全国の自治体と比較して、御船町は高齢者の「外出頻度が週１回未満である閉じこもりの割合」が高い状況でした。特に中山間地は平坦地よりも閉じこもりの割合が高いという町内の「格差」が存在しました。そこで第６期計画では、「閉じこもり」について目標を絞り、地域間格差の改善目標を定め、差を縮めていく方針としました。

また、他部署で取り組まれる地域づくりと連携して中山間地域での取り組みを優先的に推進しました。第６期計画期間は中山間地域の中でも水越地域でモデル事業に取り組み、住民組織と共に通いの場「ホタルの学校」の立ち上げを行いました。その結果、平成 28 年度調査時には、閉じこもりに関する当初の目標値を上回る改善が認められました。

一方で、熊本地震による一時的な影響があると考えられたため、第７期計画においても引き続き閉じこもりの地域間格差の解消に向けて取り組むこととしました。

第７期計画期間は田代西部地域でモデル事業に取り組み、住民組織と共に通いの場「人生百歳クラブ」の立ち上げを行いました。また、地域サロンなどの介護予防拠点施設整備事業に取り組み、通いの場の環境整備を進めました。その結果、令和元年度調査時においても目標値を達成することができました。

■第６期計画で設定した閉じこもり割合の改善目標　※年齢調整した割合の目標値

	平坦部	中山間部	地域間格差
現状（平成 26 年度調査）	6.1%	11.1%	5.1%
第6期の目標値（H27～H29）	6.0%	10.1%	4.1%
第7期の目標値（H30～R2）	5.5%	9.0%	3.5%
第8期の目標値（R3～R5）	5.0%	8.0%	3.0%

■第６・７期介入事業後の閉じこもり割合、第８期閉じこもり割合改善目標（修正値）
※年齢調整済み、年齢調整した割合の実績値および目標値

	平坦部	中山間部	地域間格差
第6期の評価（平成 28 年度調査）	5.7%	8.3%	2.6%
第7期の評価（令和元年度調査）	3.7%	6.3%	2.6%
第8期の目標値（修正値）	3.7%	6.3%	2.6%

方向性

地域で取り組むべき優先課題を「閉じこもり」とし、中山間地域での優先的な介入により閉じこもりの地域間格差に関する目標は達成できましたが、中山間地域の少子高齢化、過疎化の進展は今後も更に進み、交通アクセスや医療・介護などの社会資源に乏しい中山間地域での閉じこもりの地域間格差の拡大リスクは残っていると考えられます。第７期計画に引き続き、閉じこもりの地域間格差の解消に向けて取り組んでいきます。

また、閉じこもり対策として、サロンなど通いの場の創設・充実に努めます。通いの場の環境整備や通いの場へのアクセスなどを考慮して推進し、見守りなどのインフォーマルサービスや会食を含めた交流の機会を増やします。

なお、モデル事業を通して得られた成果は、第１層・第２層協議体会議「地域福祉を考える会」を活用し他の地域へ横展開を図っていきます。

② 震災被害と抑うつ・笑いの関係(震災復興に向けた地域単位の検証)

事業概要

現状・課題

平成 28 年度の健康とくらしの調査において、本町では震災からの復興と抑うつ・笑いの頻度にどのような関係があるかを分析しました。抑うつの人が多い地域では、笑いの頻度が低い人が多い傾向にあり、復興が進んでいる地域では、笑いの頻度が高い人が多いことが分かりました。また、復興が進んでいない地域で抑うつの人が多い傾向にありました。復興の割合は、精神面の健康とも関連することが示唆されています。特に復興の割合の低い田代西部地区や上野地区では、笑いの頻度が低く抑うつも多い傾向にあり、精神面のサポートが重要となっていました。

令和元年度の調査では、平成 28 年度の調査と比較して町全体で笑いの頻度が下がっていました。また、平成 28 年度の調査で復興の割合の低い田代西部地区と上野地区では、令和元年度の調査で笑いの頻度が下がっていました。

なお、平成 28 年度調査では、復興に関する設問に回答した方のみを対象に分析していましたが、令和元年度以降の調査では、全ての人を対象に分析しています。

■笑いの頻度※１の地区ごと集計結果および目標値

	実績値（H28）	現状（R1）	第８期	第９期
本町全体の笑いの頻度（%）	3.23	3.21	3.25	3.27
上野地区の笑いの頻度（%）	3.13	3.09	3.20	3.25
田代東部地区の笑いの頻度（%）	3.21	3.17	3.25	3.25
田代西部地区の笑いの頻度（%）	3.08	3.02	3.15	3.15

※１「笑いの頻度」を点数化

①ほぼ毎日：４点　②週１～５回：３点　③月１～３回：２点　④ほとんどない：１点

方向性

笑いの頻度を高めていくことで、抑うつ傾向の予防ができる可能性があることから、人とふれあい、自然と笑顔になれるような取り組みを推進します。

地域サロンなど、高齢者がふれあう活動を積極的に支援します。

週１回以上の通いの場づくりを行うことで、週１回以上の笑う機会の創出を支援します。

笑いの頻度を高めていくことによる事業評価を、本計画見直しに合わせた３年ごとにアンケート調査を行うことで実施し、事業の進捗管理を図ります。

（２）趣味の会、学習・教養サークルの会の参加機会の促進

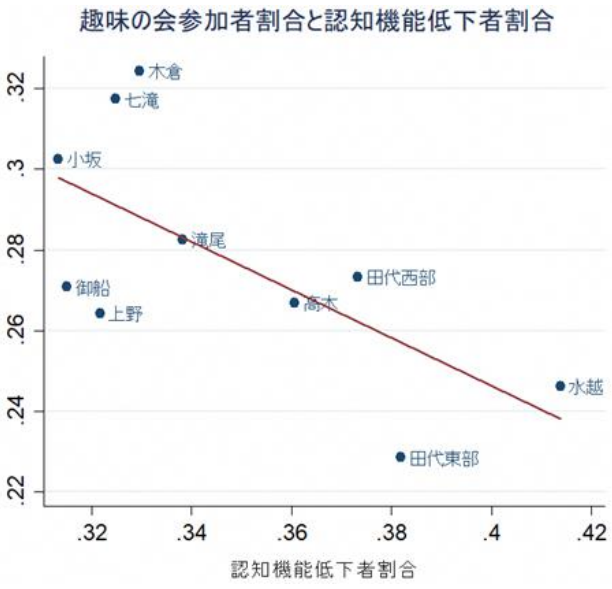
事業概要　新設　方向性

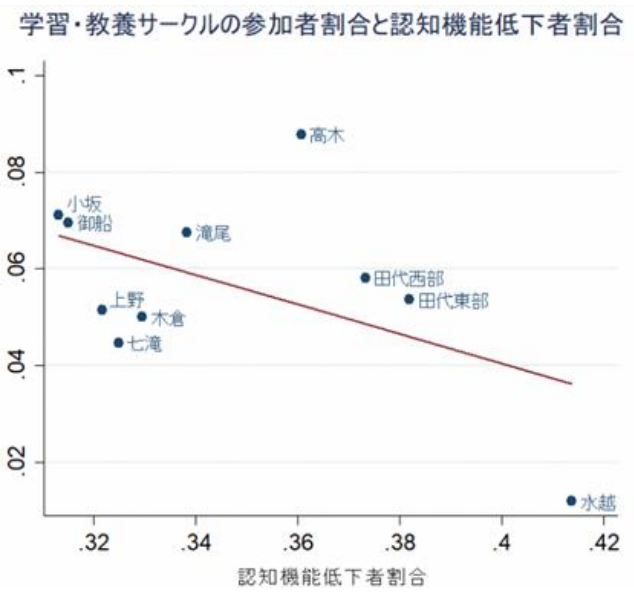
令和元年度の健康とくらしの調査の結果について、庁内連携の「地域包括ケア推進会議」にて、全国の調査参加 64 自治体との比較検証を行いました。

その中でも、「趣味の会の参加割合」「学習・教養サークル参加割合」が平成 28 年度調査結果より悪化しており、全国でも順位が低いことが分かりました。

また、この２つの項目について認知機能低下者の割合との関連を分析すると、趣味の会や学習・教養サークルの会の参加割合が高い地域ほど、認知症リスク者割合が低くなっており、地域間の格差が生じていることも分かりました。

引き続き、庁内連携の地域包括ケア推進会議において、地域の課題を共有し、中山間地域への継続した支援や認知機能維持に取り組んでいきます。





■趣味の会参加者割合の地域間格差の改善目標

	平坦部	中山間部	地域間格差
現状（令和元年度調査）	28.6%	27.2%	1.4%
第８期の目標値（R3～R5）	28.9%	28.2%	0.7%
第９期の目標値（R6～R8）	29.2%	29.2%	0.0%

■学習・教養サークル参加者割合の地域間格差の改善目標

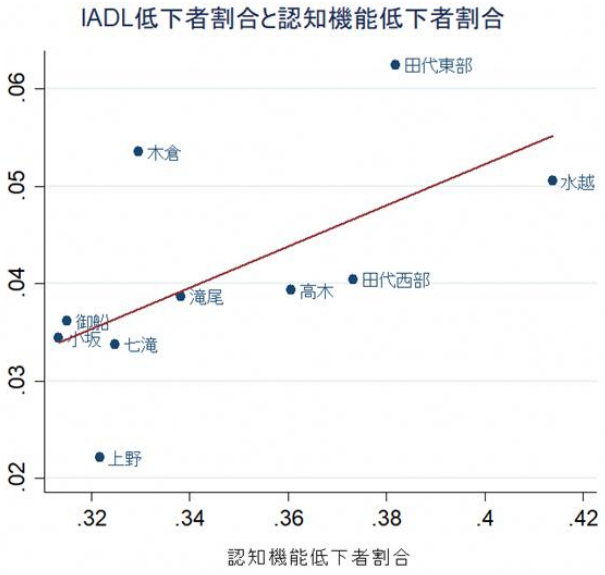
	平坦部	中山間部	地域間格差
現状（令和元年度調査）	6.8%	4.4%	2.4%
第８期の目標値（R3～R5）	6.9%	5.0%	1.9%
第９期の目標値（R6～R8）	7.0%	5.6%	1.4%

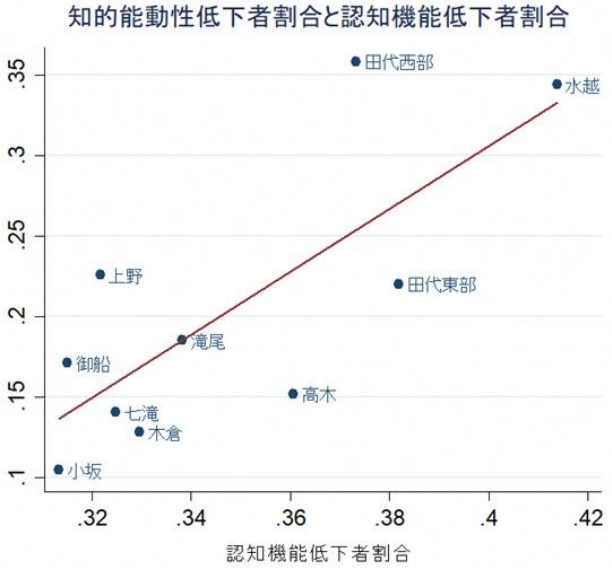
（３）ＩＡＤＬ低下者･知的能動性低下者の割合の改善に向けた取り組みの推進

事業概要　新設　方向性

令和元年度の健康とくらしの調査結果において「ＩＡＤＬ低下者の割合」「知的能動性低下者の割合」の２項目と「認知機能低下者の割合」との関連を分析すると、ＩＡＤＬや知的能動性が低下している人が多い地域ほど認知機能が低下している人の割合が高いことが分かりました。また、中山間地は平坦地よりも認知機能低下者の割合が高いことが分かりました。

その中でも、中山間地では「本や雑誌を読んでいますか」の設問に「いいえ」と回答する方の割合が多かったことから、中山間地でも読書をする機会が増えるなど、学習･教養の機会ができるような工夫、環境の整備について、今後、庁内連携の地域包括ケア推進会議を活用して、他課と連携した対策を検討していきます。





■中山間地・平坦地ごとの集計結果

	平坦部	中山間部	地域間格差
認知機能低下者※1の割合	32.6%	35.2%	2.6%
IADL低下者※2の割合	4.0%	4.2%	0.2%
知的能動性低下者※3の割合	14.8%	24.0%	9.2%

■ＩＡＤＬ低下者割合の地域間格差の改善目標

	平坦部	中山間部	地域間格差
現状（令和元年度調査）	4.0%	4.2%	0.2%
第８期の目標値（R3～R5）	3.9%	4.0%	0.1%
第９期の目標値（R6～R8）	3.5%	3.5%	0.0%

■知的能動性低下者割合の地域間格差の改善目標

	平坦部	中山間部	地域間格差
現状（令和元年度調査）	14.8%	24.0%	9.2%
第８期の目標値（R3～R5）	14.7%	22.9%	8.2%
第９期の目標値（R6～R8）	14.6%	21.8%	7.2%

※1 認知機能低下者

1. 「周りの人から「いつも同じ事を聞く」など物忘れがあるといわれますか。」
2. 「自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか。」
3. 「今日が何月何日かわからない時がありますか。」

の３つの質問に対して、１つ以上「はい」と回答した人

※2 ＩＡＤＬ（自立度）低下者

1. 「バスや電車を使って１人で外出していますか（自家用車でも可）。」
2. 「自分で食品・日用品の買い物をしていますか。」
3. 「自分で食事の用意をしていますか。」
4. 「自分で請求書の支払いをしていますか。」
5. 「自分で預貯金の出し入れをしていますか。」

の５つの質問に対して、２つ以上「できない」と回答した人

※3 知的能動性低下者

1. 「年金などの書類（役所や病院などに出す書類）が書けますか。」
2. 「新聞を読んでいますか。」
3. 「本や雑誌を読んでいますか。」
4. 「健康についての記事や番組に関心がありますか。」

の４つの質問に対して、２つ以上「いいえ」と回答した人

第２節　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体制の整備

１　認知症への理解と普及・啓発、本人発信支援の推進

（１）認知症サポーターの養成・活動活性化

事業概要

地域の中で認知症の人やその家族が安心して暮らすには、認知症に対する正しい知識の普及と周囲の理解を深めることが重要です。認知症の人とその家族を地域で支えていくために、認知症に対する正しい知識理解の普及・啓発を図ります。

	第７期計画の実績値			第８期計画の計画値		
	H30	R1	R2（見込）	R3	R4	R5
認知症サポーター養成講座受講数（人）	417	447	418	400	400	400
〃　累計登録者数（人）	4,703	5,150	5,568	5,968	6,368	6,768

現状・課題　方向性　充実・拡充

平成 20 年から町内の小中学校へ講師を派遣し、学童期から認知症についての理解を深め、認知症の人が安心して暮らせる体制づくりに取り組んでいます。

平成 30 年度に熊本県より「御船町介護予防・生活支援サポーター連絡協議会」と「御船町認知症家族の会「すまいるクラブ」」が認知症サポーターアクティブチームとして認定されました。

今後も引き続き、認知症サポーターの活動活性化を図るとともに、認知症サポーターが活躍しやすい環境づくりを推進していきます。

（２）キャラバン・メイトの養成・活動推進

事業概要　現状・課題　方向性　充実・拡充

町内のキャラバン・メイトが講師となり、認知症サポーターを多数養成し、認知症になっても安心して暮らせるまちを目指しています。今後も、キャラバン・メイト養成研修など、指導者の育成を推進していきます。

（３）認知症の人の意思決定に基づく本人支援の推進

事業概要　新設　方向性

厚生労働省が定めた認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定に基づく意思決定支援ガイドラインでは、「普段から、我々一人一人が自分で意思を形成し、それを表明でき、その意思が尊重され、日常生活・社会生活を決めていくことが重要であることは誰もが認識するところであるが、このことは、認知症の人についても同様である。本ガイドラインは、認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定支援の基本的考え方（理念）や姿勢、方法、配慮すべき事柄などを整理して示し、これにより、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることを目指すものである」とされています。

本計画においては、前述した行政・医療従事者・介護従事者の認知症対応能力の向上を図りつつ、認知症の人の意思決定に基づく本人支援の推進として、認知症サポーターや認知症地域支援推進員を中心とした「チームオレンジ」の設置を推進します。

（４）認知症相談窓口の認知度向上に向けた取り組みの推進

事業概要

上益城地域には、地域拠点型認知症疾患医療センターとしての機能を持つ益城病院と町内に専門医療機関である希望ヶ丘病院があります。さらに物忘れの相談ができる認知症サポート医の資格を持ったかかりつけ医が町内にいることで、重層的な連携によるネットワークの構築を行っています。

現状･課題　方向性　充実･拡充

認知症疾患医療センター（益城病院）から月１回相談員が来庁し、認知症本人やその家族が悩みを相談できる窓口を設置しています。

本計画では、認知症相談窓口の認知度向上に向けて、町民への情報提供を強化していきます。

また、町内医療機関（精神科医やかかりつけ医）との連携が重要となっており、既存の取り組みの中で、物忘れが気になる方を医療へつなぐ仕組みの構築を検討していく必要があります。

今後も、専門的な相談への対応や、必要なサービスの提供ができるよう、ニーズに合った総合的な相談体制の充実を図ります。

（５）認知症の人本人からの発信支援の推進

事業概要　新設　方向性

令和元年度に示された認知症施策推進大綱の中で、「希望大使」が創設されました。これは、認知症の人本人が体験や思いをまとめた「認知症とともに生きる希望宣言」を作成し、希望を持って前を向き自分らしく暮らし続けることを目指したものです。認知症の人本人が、認知症のこと、地域や生活のこと、家族のことなどを語る機会を増やし、認知症の理解を深めることにつながります。

本計画においては、認知症地域支援推進員中心となって企画を行い、認知症カフェの参加者を中心に、「認知症とともに生きる希望宣言」を行う認知症の人を増やし、認知症の人本人が発信することを支援していきます。

２　認知症の予防の推進

（１）認知症の予防についての理解の促進

事業概要　新設　方向性

令和元年度に示された認知症施策推進大綱では、「認知症はだれもがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、多くの人にとって身近なものとなっている。認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していく」とされています。

また認知症の「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」とされています。

本計画では、認知症サポーター養成講座や一般介護予防事業などの機会を通じて、町民全体の認知症の予防についての理解促進を図ります。

（２）早期発見･早期対応の充実

事業概要　新設　方向性

通所型サービスや一般介護予防事業において、認知機能評価などを通じ、認知症の早期発見・早期対応の充実を図ります。

3　認知症医療・ケア・介護サービス・介護者への支援の推進

（1）認知症初期集中支援チームの活動の充実

事業概要

認知症初期集中支援チームとは、複数の専門職が家族の訴えなどにより認知症が疑われる方や認知症高齢者及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に（おおむね６か月間）行い、自立生活のサポートを行うチームです。

	第７期計画の実績値			第８期計画の計画値		
	H30	R1	R2（見込）	R3	R4	R5
認知症初期集中支援チーム数（チーム）	1	1	1	1	1	1
認知症初期集中支援チームの関与者数（人）	4	3	4	5	5	5

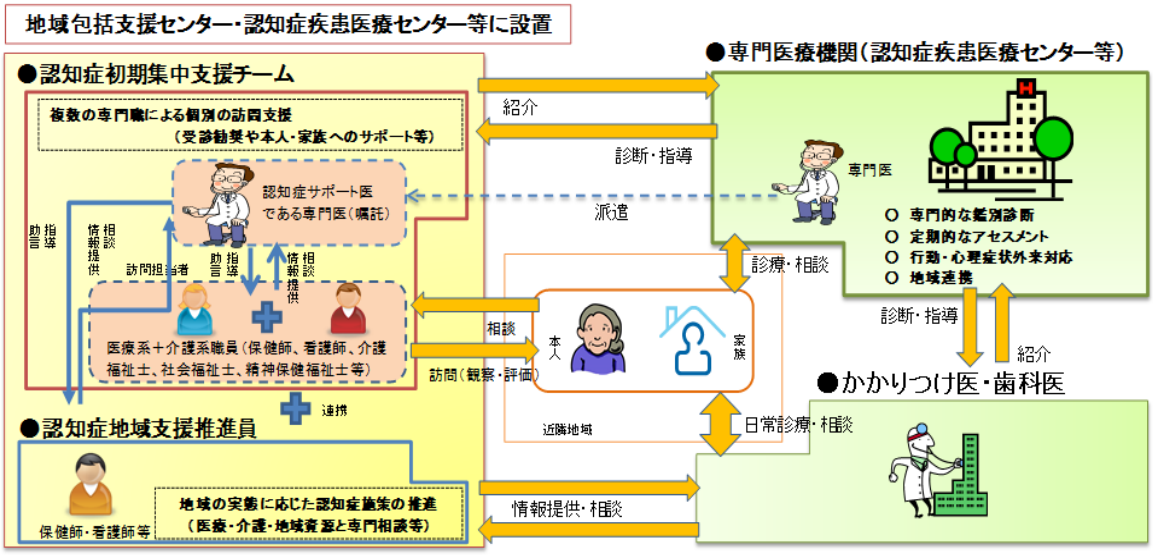
現状・課題

本町では、認知症の初期段階で介入できるように認知症初期集中支援チームの立ち上げを行っており、初期段階のケースや医療機関未受診ケースなどに関わっています。毎月、担当医師らとカンファレンスを行っており、顔の見える関係で連携を図ることができています。

現在の年間対応件数は４～５件程度ですが、既に認知症が進行したケースや困難事例が多い現状があります。

方向性

引き続き、かかりつけ医・認知症地域支援推進員などとの情報共有や訪問体制などについて体制の構築に取り組み、チーム内で出た課題や事例については地域ケア会議で検討を行うなど、地域資源を有効に活用した取り組みを実施していきます。



（２）認知症地域支援推進員の活動活性化

事業概要

認知症になっても住み慣れた地域で生活を継続するために、医療機関やその他関係機関をつなぐコーディネーターとして認知症地域支援推進員は大きな役割を果たしています。

本町では、認知症地域支援推進員を中心に、認知症疾患医療センターと連携し月１回の相談会を設けています。

認知症の症状の中でも暴言や暴力、興奮、抑うつ、不眠、昼夜逆転、幻覚、妄想、せん妄、徘徊、もの取られ妄想、弄便、失禁などの症状により、家族だけでの対応が難しいと考えられるような方は、認知症地域支援推進員を中心に認知症疾患医療センターとの連携を強化し、専門的なサービスにつなぐよう支援する必要があります。

	第７期計画の実績値			第８期計画の計画値		
	H30	R1	R2（見込）	R3	R4	R5
認知症地域支援推進員数（人）	2	2	3	3	3	3

現状・課題　**方向性**

引き続き、認知症疾患医療センターや地域包括支援センターとの連携を図り、初期・急性増悪などの対応を強化し、認知症の人の進行に沿って適時適切な医療・介護が行えるような循環型のネットワーク体制づくりを行っていきます。

（３）認知症ケアパスの普及・啓発

事業概要

認知症ケアパスとは、認知症の初期段階における予防方法や、利用することができる医療機関、介護サービスなど、認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れを体系的に示したものです。

認知症の人に対して状態に応じた適切なサービスを提供するために、医療機関、介護サービス、インフォーマルサービス、関連領域の制度といった地域の社会資源の整備と同時に、個々に対する適切なケアマネジメントの提供が必要です。

現状・課題　**方向性**

認知症ケアパスに沿って、社会資源の整備と人材の育成に取り組み、ホームページや広報誌などや地域包括支援センター利用者へのアプローチなど、あらゆる機会を通じて普及に取り組んでいきます。

（４）介護従事者の認知症対応能力の向上の推進

事業概要　新設　方向性

厚生労働省は平成 30 年度に「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定に基づく意思決定支援ガイドライン」を定め、行政・医療従事者・介護従事者に向けた認知症対応能力の向上の推進を図っています。

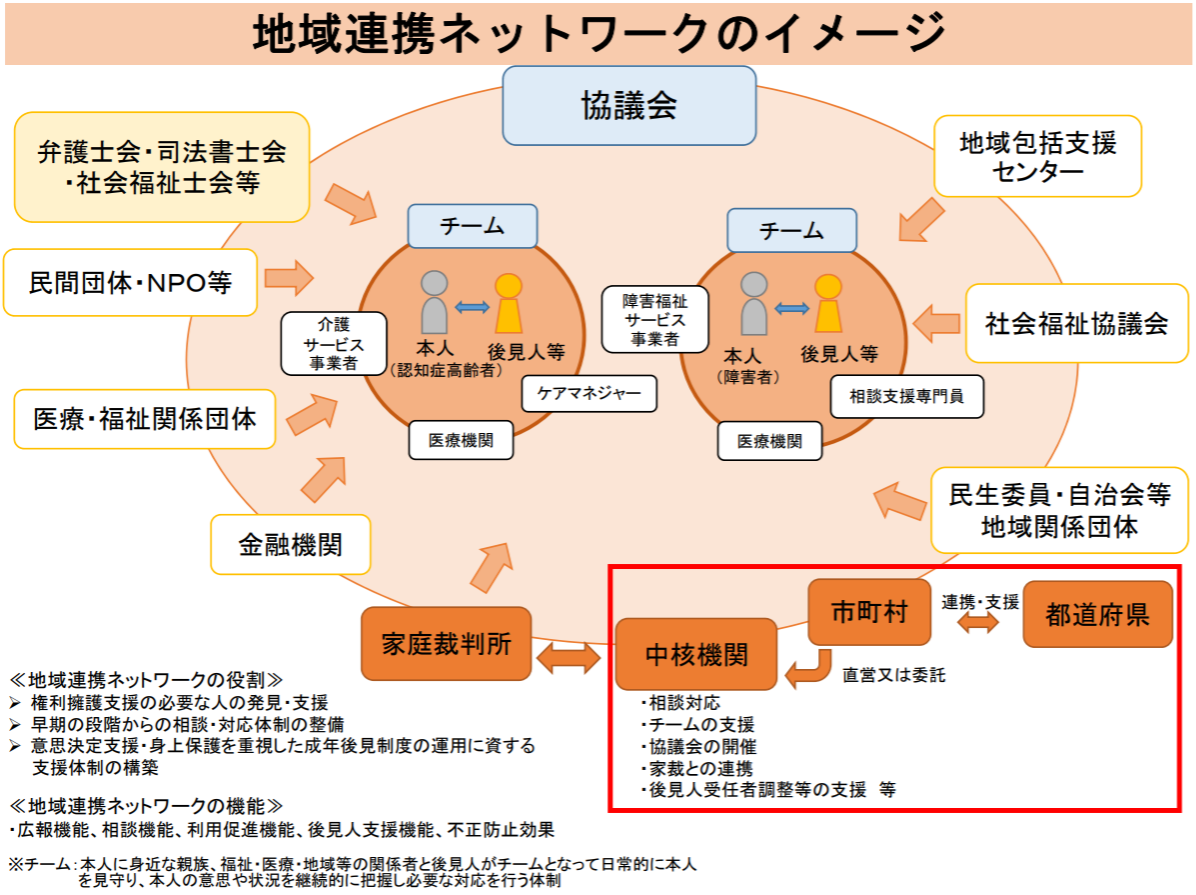
本計画においては、県が主催する研修会との整合性を取りながら、介護従事者の認知症対応能力の向上の推進を図ります。

4　認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援の推進

（１）成年後見制度利用促進計画の推進

事業概要

成年後見制度の利用の促進に関する法律（平成 28 年法律第 29 号）第 14 条第 1 項において、市町村は国の基本計画を勘案して、当該市町村の区域における成年後見制度の利用の促進に関する施策についての基本的な計画を定めるよう努めるものとされています。成年後見制度を必要な人が利用できるよう、国の基本計画に基づき、権利擁護支援の地域連携ネットワークおよび中核機関の体制整備を行います。



現状・課題　**方向性**

成年後見制度は、認知症や知的障がい、精神障がいなどの理由で判断能力が不十分な人の財産や権利を保護し支援していく制度です。

今後、高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者のほか、身寄りのない高齢者や虐待を受ける高齢者も増加することが予測され、成年後見制度への需要が増大することが見込まれます。

しかし、制度の利用者数は増加傾向にあるものの、認知機能の低下が見られる高齢者数と比較して成年後見制度利用者は少ない状況です。

① 要介護・要支援認定者における認知症患者数、療育手帳・精神障害手帳所持者数

（令和２年 10 月１日時点）

認知症患者数 （日常生活自立支援度Ⅱ以上）	療育手帳所持者数	精神障害者手帳所持者数
700 人	181 人	271 人

② 成年後見制度利用者数の推移（知的障害、精神障害含む）

	平成 30 年	令和元年	令和２年 （見込）
後見	－	58	58
補佐	－	3	4
補助	－	0	0
合　計	61	61	62

誰もが住み慣れた地域で、地域の人々と支え合いながら、尊厳をもってその人らしい生活を継続することができることを目的に、必要な人が成年後見制度を利用できるよう権利擁護支援の地域連携ネットワークを構築します。

また、地域連携ネットワークのコーディネートを担う機関として、中核機関の整備を行います。

ネットワークの役割	・権利擁護支援の必要な人の発見・支援 ・早期の段階からの相談・対応体制の整備 ・意思決定支援・身上保護を重視した成年後見制度利用の運用に資する支援体制の構築
中核機関の役割	専門職による専門的助言などの支援の確保や、協議会の事務局など、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）成年後見人などへの支援

中核機関においては、広報・啓発の強化及び相談機能の強化を優先的に取り組み、成年後見制度の利用促進及び成年後見人などへの支援については、本町の実情に応じ、段階的・計画的に実施し、効果的な事業実施を行います。

（２）高齢者の虐待防止の推進

事業概要

「御船町高齢者虐待防止事業実施要綱」に基づき、高齢者虐待の予防と対策を行います。また、住民及び養介護施設従事者向けに権利擁護に関する研修を実施し、町全体の意識向上と啓発を行います。

現状・課題　方向性

高齢者虐待の予防と早期発見及び高齢者が安定した生活を送れるよう、対応窓口（地域包括支援センター、社会福祉係）の周知と権利擁護に関する研修開催を重点的に行っています。

今後も、適切で迅速な対応を行うために、組織内の体制整備と関係機関との連携を図ります。また、高齢者虐待の予防と早期発見につながるよう、日頃からの高齢者の見守り体制を推進し、高齢者の権利擁護につながるよう取り組みます。

（３）高齢者の消費被害の防止の取り組みの推進

事業概要　現状・課題　方向性

本町では、週１回消費者相談の日を設け、消費生活に関する困りごとの相談を行っています。

消費生活センターや県・警察と連携を図り、振り込め詐欺、架空請求、悪質な訪問販売、催眠商法、送り付け商法などの実態を高齢者に周知することで、被害の未然防止及び拡大防止を図ります。

（４）若年性認知症の人への支援

事業概要

本町は、若年性認知症に対する相談窓口（認知症コールセンター、認知症疾患医療センター）の紹介を行っています。

現状・課題　方向性

若年性認知症の人や家族の居場所づくり、就労、社会参加などを支援していますが、若年性認知症に対応できる事業所が少ないため、居場所の確保が課題となっています。

引き続き、若年性認知症の人でも社会参加できるよう居場所づくりの推進を図っていきます。

また、若年性認知症支援コーディネーターと連携し、適切な専門医療機関への案内と継続的な支援を行います。

（５）認知症カフェの拡充

事業概要

認知症カフェでは、認知症の人とその家族、専門職などが参加し、お茶を飲みながら、介護の悩みなどを話し、リフレッシュできる場の提供を行います。

	第７期計画の実績値			第８期計画の計画値		
	H30	R1	R2（見込）	R3	R4	R5
認知症カフェ開催数（回）	23	17	15	20	30	40

現状・課題　方向性　充実・拡充

平成 23 年度より、町主催の「認知症の人を介護する家族のつどい」として始まり、平成 27 年度からは住民主体の事業として、御船町認知症家族の会「すまいるクラブ」という団体になりました。

介護者同士の交流ができる場をつくり、介護者の悩みや相談を聞くことで、介護者の精神的な負担の軽減を図ります。

第３節　在宅でも安心して暮らせるための医療と介護の連携･在宅医療基盤の充実

１　在宅医療･介護連携の推進

（１）在宅医療･介護連携推進事業の推進

事業概要

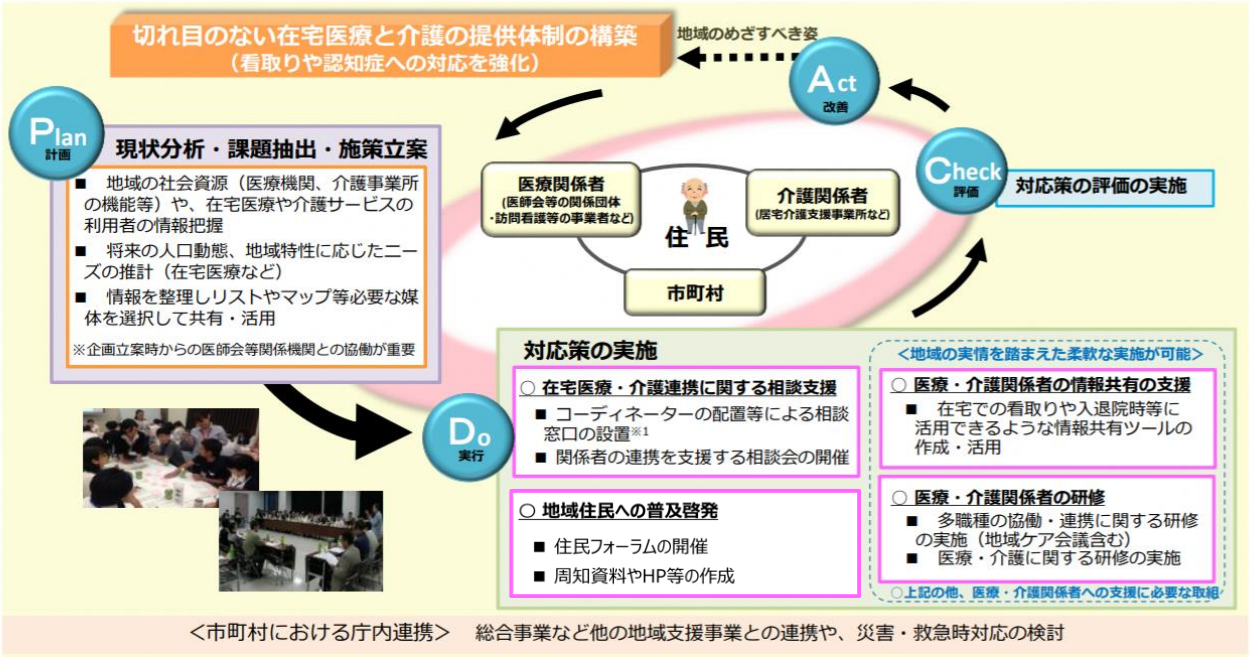
本町を含む上益城圏域は、熊本市に隣接し、大型商業施設や交通基盤の整備など「都市化が進む平坦部」と豊かな自然と歴史文化が存在しながらも、「過疎化・高齢化が進む山間部」の２つの対照的な地域を抱えています。

平成 25 年度より、上益城郡医師会を中心に在宅医療連携拠点事業に取り組んでいます。

在宅療養資源マップ作成や住民フォーラムなどが開催され、上益城圏域版の在宅医療・介護の連携体制づくりが始まっており、多職種が参加する事例検討会を通して、「顔の見える関係づくり」が進められ事業者同士の連携・協力環境が整えられています。

国の示す在宅医療・介護連携推進事業の８項目については、上益城郡医師会や近隣市町との連携強化により、医療と介護の連携に関する課題を整理し、情報共有や相談支援などの事業を実施しています。

地域包括ケアシステムの実現に向けた第8期介護保険事業計画期間からの在宅医療･介護連携推進事業の在り方



現状・課題　方向性

上益城圏域５町による上益城郡医師会への委託により、研修会などの普及啓発を実施しています。

現在、多職種の連携会議などにより、事業者同士の連携も強くなっていますが、参加職種の偏りや住民の認識不足といった課題があります。また、今後は介護予防と連携した取り組みが求められています。

今後、高齢化の進展とともに、医療ニーズの高い高齢者が増加される中で、住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、町の介護をはじめとする多職種を結びつけていく取り組みを進め、退院支援や認知症支援の検討を行っていきます。

（２）多職種連携体制づくりの推進

事業概要　現状・課題　方向性

今後も在宅での医療と介護を必要とする高齢者が増加していくことが予測されることから、在宅医療、介護サービスの供給体制の充実が求められています。

地域の医療・介護関係者が、それぞれの専門的知識を活かし、在宅の高齢者やその家族を支援することができるよう、上益城郡医師会や介護支援専門員相談員連絡会と連携を図りながら、多職種連携によるサービス提供のための会議や研修会、事例検討会の開催を検討します。

２　2025 年・2040 年を見据えた地域包括支援センターの機能強化と事業推進

（１）地域包括支援センターの機能強化

事業概要

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移行に伴う業務など、今後の新たな事業に対応していくうえで、地域包括支援センターの機能強化が必要不可欠となっています。

現状・課題　方向性

認知症地域支援推進員や生活支援コーディネーターの配置など、地域包括ケアシステムを構築するうえで、今後も中核的な役割を担うことから、引き続き地域包括支援センターを町直営で運営し、機能強化を図っていきます。

また、地域の高齢者が気軽に相談できる場として身近な存在として認知されるよう地域に出向き、情報発信などを行います。

地域包括支援センターの評価については、厚生労働省が策定する評価指標を用いて、業務の状況や量などの程度を把握し、必要な人員体制の充実や予算確保について客観的な評価検討を行っていきます。

（２）包括的支援事業の推進

事業概要　現状・課題　方向性

従来の介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援に加え、地域ケア会議の充実を図ります。また、在宅医療・介護連携の推進や、認知症施策の推進、生活支援サービスの体制整備としての生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置について継続して取り組んでいきます。

包括的支援事業の全体像

介護予防ケアマネジメント

要支援者・事業対象者の自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントを行います。

総合相談・支援業務

住民の各種相談を幅広く受け付け、制度横断的な支援を実施します。

権利擁護業務

成年後見制度の活用促進や高齢者の虐待防止の対応を実施します。

包括的・継続的ケアマネジメント業務

ケアマネジャーへの相談・支援・指導や困難事例などへの対応を実施します。

地域ケア会議

多職種協働による個別事例の検討会議を実施します。また、地域共通の課題について、施策検討を行うとともに、課題解決に向けた関係機関などとの連携を深めます。

在宅医療・介護連携の推進

地域の医療機関などとの連携により、在宅医療・介護の一体的な提供を図ります。

認知症施策の推進

認知症になったとしても、地域で安心して暮らし続けることができる体制構築を支援します。

介護予防・生活支援サービスの提供

高齢者ニーズと社会資源のマッチングを行い、介護予防・生活支援サービスの提供を実施します。

（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

事業概要

地域包括ケアシステムの構築には、高齢者の実態を把握し、そこから地域課題を抽出し解決していく地域ケア会議が重要となってきます。

【地域ケア会議の５つの機能】

	機能	概要
1	個別課題の解決	多職種が協働して個別ケースの支援内容を検討することによって、高齢者の課題解決を支援するとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める機能
2	地域包括支援ネットワークの構築	高齢者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関などの相互の連携を高め地域包括支援ネットワークを構築する機能
3	地域課題の発見	個別ケースの課題分析などを積み重ねることにより、地域に共通した課題を浮き彫りにする機能
4	地域づくり資源開発	インフォーマルサービスや地域の見守りネットワークなど、地域で必要な資源を開発する機能
5	政策の形成	地域に必要な取り組みを明らかにし、政策を立案・提言していく機能

現状・課題　**方向性**

本町では、平成 29 年度より月１回の頻度で、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る個別ケースの検討を行う「自立支援型地域ケア会議」と庁内で地域課題の解決を検討する場である「地域包括ケア推進会議」に取り組んできました。

また、介護支援専門員の質の向上に努め、利用者の自立支援に向けた会議の運営を行うとともに、多職種の参加により、抽出した課題を共有しています。

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。

「自立支援型地域ケア会議」を通して地域課題を掘り起こし、庁内で地域課題の解決を検討する「地域包括ケア推進会議」を定期的に開催するとともに、多職種連携・庁内連携の場として位置づけ、関係機関・関係各課に参加を働きかけていきます。

今後も継続して各会議を開催し、地域に必要な資源づくりに生かしていきます。

第４節　住民の希望、地域の実情に応じた多様な住まい･サービス基盤の整備･活用

１　地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進

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

高齢者のみならず、障がい者や子どもなど生活上の困難を抱える方が、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、地域共生社会の実現に向けた包括的な支援体制について、関係部局との検討を進めていきます。

（１）町民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制づくり

事業概要　新設　方向性

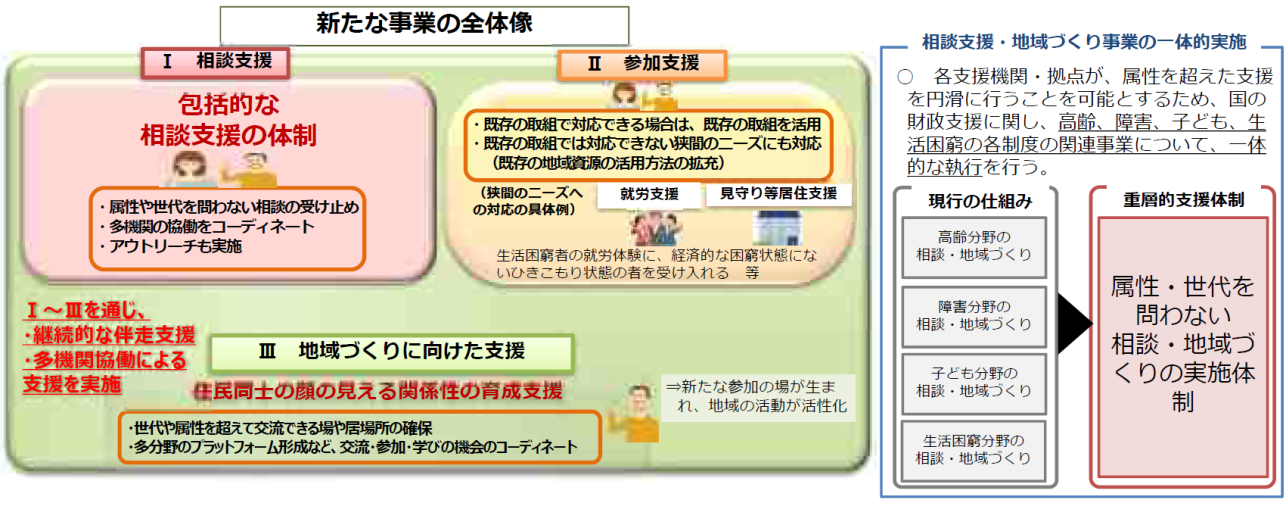
住民に身近な圏域において、他人事を「我が事」に変えていくような働きかけを行い、地域福祉を推進するために必要な環境の整備を図ります。

さらに地域住民ボランティア、社会福祉協議会、地域包括支援センター、障がい者相談支援事業所、地域子育て支援拠点、社会福祉法人、ＮＰＯ法人などと地域の課題を包括的に受け止める場を生活支援体制整備事業や小地域ネットワーク事業と連動し、町民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制づくりを推進します。

（２）包括的な相談支援体制の構築

事業概要　新設　方向性

複合化・複雑化した課題に的確に対応するために、各制度の相談支援機関を総合的にコーディネートするため、相談支援包括化推進員を配置し、多機関協働による包括的・総合的な相談体制を構築します。

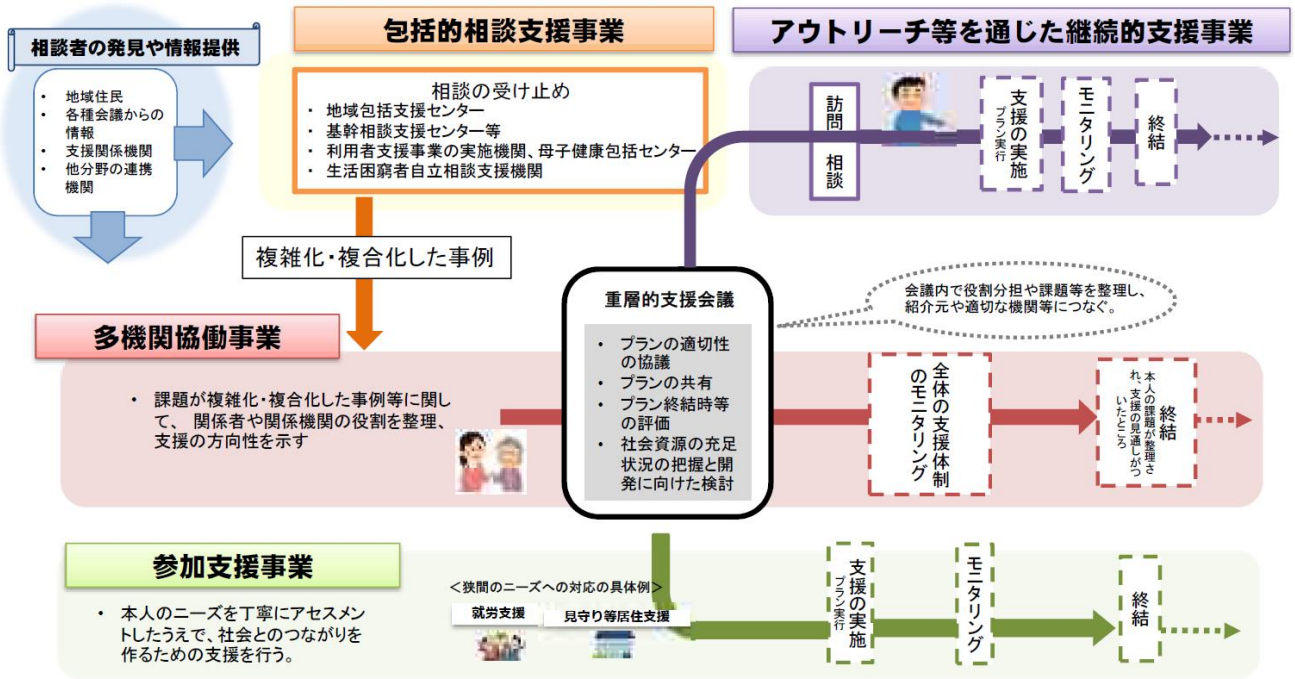


令和２年度は社会福祉協議会に「身近な相談拠点の設置事業」を委託し、地域の課題を住民と共有する場の設定や地域住民などが相互に交流を図ることができる拠点づくりを進めます。地域の様々な相談を包括的に受け止める場の確保及び地域づくり支援や身近なところで困り事や悩み事を相談できる「くらしの身近な相談窓口」を設置し、様々な相談を関係機関と連携しながら、解決に向けての支援を実施しています。

令和３年度は既存の相談支援の取り組みを生かしつつ、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、Ⅰ相談支援、Ⅱ参加支援、Ⅲ地域づくりに向けた支援の一体的な支援「重層的支援体制整備事業への移行準備事業」に取り組みます。

令和５年度までに「重層的支援体制整備事業」に取り組みます。

相談者の属性、世代、相談内容に関わらず、「包括的相談支援事業」において包括的に相談を受け止めます。受け止めた相談のうち、複雑化・複合化した事例については「多機関協働事業」につなぎ、課題の解きほぐしや関係機関間の役割分担を図り、各支援機関が円滑な連携のもとで支援できる体制をつくります。なお、長期にわたりひきこもり状態にある人など、自ら支援につながることが難しい人の場合には、「アウトリーチなどを通じた継続的支援事業」により本人との関係性の構築に向けて支援を行います。相談者の中で、社会との関係性が希薄化しており、参加に向けた支援が必要な人には「参加支援事業」を利用し、本人のニーズと地域資源の間を調整します。このほか、「地域づくり事業」を通じて住民同士のケア・支え合う関係性を育み、多事業と相まって地域における社会的孤立の発生・深刻化の防止を目指します。以上の各事業が相互に重なり合いながら、市町村全体の体制として本人に寄り添い、伴走する支援体制を構築していきます。



R2.11.18　令和２年度「相談支援包括化推進員等への支援と人材養成育成事業」ブロック別研修資料より

（３）共生型サービスの普及に向けた取り組みの推進

事業概要　新設　方向性

平成 30 年度より、介護保険サービスと障がい福祉サービスを一体的に実施する共生型サービスが新たに創設されました。地域共生社会の実現に資する共生型サービスについて、町内事業所への意向調査及び施設整備に係る支援制度の情報提供を行うなど、共生型サービスの普及に向けた取り組みの推進を図ります。

2　高齢者福祉事業・生活支援体制整備事業の推進

（１）生活支援コーディネーターの配置

事業概要　現状・課題　方向性　充実・拡充

高齢者のちょっとした困りごとを解決してくれる互助によるサービスの創出が求められており、地域住民が主体となり生活支援・介護予防サービスの充実を図るため、「生活支援コーディネーター」と「協議体」を設置しています。

「生活支援コーディネーター」が「協議体」のネットワークを生かしながら、住民主体のサービスが活性化されるよう、地域全体で高齢者の生活を支える体制づくりを進め、資源開発など地域における生活支援の充実のために非常に重要な役割を果たしています。

移動販売などの買い物支援や病院の受診などの移動支援について、実態の把握や必要な情報提供の支援を行い、資源マップの作成に取り組みながら社会資源の見える化を図ります。

（２）協議体の設置

事業概要　現状・課題　方向性　充実・拡充

町全体を対象エリアとした第１層協議体を設置し、生活支援コーディネーターを配置しています。第１層協議体では、地域住民や民間企業、関係団体などと協力して高齢者の生活に必要な生活支援サービスの開発を推進しています。

第１層協議体においては、現在定期的な意見交換の開催には至っておらず、情報の定着化に向けた取り組みが必要です。小地域ネットワーク事業として実施している、地域住民による自主的な声かけや生活支援、緊急安心カードの配置についても情報共有を行っています。

今後は、第１層協議体の役割を明確化し、民間事業所との連携強化を含めて検討を進めていきます。

第２層協議体は現在、田代東部、田代西部、七滝、木倉、水越の５地域で協議体の設置を行い、活発な活動が行われています。

また、本町では、集落が広域に分散し、第２層協議体の立ち上げについて山間部と平坦部に差が見られるという課題があります。既存の組織から滞りなく立ち上がりが可能な山間部と比べて、平坦部では制度の理解周知への取り組みが必要です。

（３）民生委員・児童委員の活動支援

事業概要　現状・課題

民生委員・児童委員は、常に住民の立場に立って社会奉仕の精神で生活に関する相談に応じ、助言や必要な支援を行うなど、社会福祉の増進に努めています。

地域における人間関係が希薄となり、高齢者のみ世帯や日中独居者、認知症高齢者の増加など、福祉課題がより複雑化している今日、地域の支え合いをネットワーク化して進めることが重要です。

	第７期計画の実績値			第８期計画の計画値		
	H30	R1	R2（見込）	R3	R4	R5
高齢者に関すること（件）	1,365	997	1,200	1,200	1,200	1,200
障がい者に関すること（件）	158	104	150	150	150	150
子どもに関すること（件）	1,191	996	1,000	1,000	1,000	1,000
その他（件）	455	410	500	500	500	500

方向性

今後も、積極的な活動を継続していくために、各種団体と連携し、情報提供や地域福祉のネットワーク構築を支援していきます。また、民生委員・児童委員が活動しやすい体制づくりに取り組んでいきます。

普段から地域の集まりや老人会、敬老会、地域サロンなどに参加し、各種団体の関係者との連携を図るとともに、地域の高齢者との信頼関係を結び、ゆうあい訪問などを通じて地域での見守りや声かけの活性化を図ります。

（４）福祉協力員の活動支援

事業概要　現状・課題

地域福祉推進の一環として、平成５年に御船町社会福祉協議会が設置し、令和２年度現在、50 名の福祉協力員が活動しています。

活動内容は、担当区域内の高齢者及びその家族などの訪問や見守り活動、相談への対応であり、必要時は関係機関（町、社協、民生委員・児童委員など）に連絡し、連携して対応しています。また、御船町社会福祉協議会が実施する調査並びに地域福祉活動（地域サロン支援、配食サービス弁当配布など）への協力を行っています。

超高齢社会になり、福祉協力員の役割もますます重要になります。

	第７期計画の実績値			第８期計画の計画値		
	H30	R1	R2（見込）	R3	R4	R5
福祉協力員の登録者数（人）	51	53	53	55	55	55
〃　活動件数（件）	5,265	4,330	5,000	5,200	5,200	5,200
〃　活動時間（時間）	4,420	4,249	4,800	4,800	4,800	4,800

方向性

区長や民生委員・児童委員、シルバーヘルパーなどの関係者とのネットワークの強化に努め、必要に応じて増員していきます。また、新たに福祉協力員になられた方に対する負担軽減のための支援に取り組んでいきます。

（５）高齢者心配ごと相談事業

事業概要　現状・課題

一人暮らし世帯及び高齢者世帯の増加に伴い、高齢者が気軽に来所できる相談窓口です。月１回の弁護士による法律相談の他、行政相談員、人権擁護委員が対応されます。

御船町社会福祉協議会に事業委託しており、多くの相談が寄せられています。

	第７期計画の実績値			第８期計画の計画値		
	H30	R1	R2（見込）	R3	R4	R5
高齢者の心配ごと相談利用者数（人）	97	73	96	100	100	100

方向性

引き続き、事業の周知を図り、安心して利用できるようプライバシーにも十分配慮した、相談しやすい環境づくりに努めます。

交通手段を持たない高齢者や、地域の高齢者を見守る方々への支援として、地域包括支援センターにおける地域巡回型の相談事業を継続し、きめ細やかな対応を行います。

（６）小地域見守りネットワーク事業

事業概要　現状・課題

一人暮らしの高齢者、障がい者、子育て家庭などが、地域の中で孤立することなく安心して生活できるように、地域の要支援者に対する見守り、声かけ、生活支援などを行う、地域住民による自主的な活動です。

緊急安心カードを作成し、緊急時にスムーズな連絡がとれるようにしています。地域によっては近隣の交流が希薄な地域もあり、現在 53 行政区での実施にとどまっています。

方向性

従来の形にとらわれず、地域にあった見守り体制を地域住民とともにつくっていきます。見守りネットワーク連絡会などで周知を行い、活動の核となる地域サロンとの連携を図っていきます。

日常生活上の困りごとや頼みごとを地域住民で支え合える仕組みを検討します。

（７）地域サロン助成事業

事業概要　現状・課題

町内の行政区毎に、日頃家に閉じこもりがちな高齢者に対して、地域住民が主体となって楽しく過ごせる場を提供し、仲間づくりや社会参加の促進を目的として、平成 19 年度から社会福祉協議会が活動支援を行っています。

参加者が歩いていける範囲内の地区の公民館や集会場、民家などを利用し、定期的に実施されています。活動内容は自由ですが、介護予防・生活支援サポーターなどの協力を得て健康体操及び介護予防のための活動を行っています。

現在、地理的な問題や身体的な理由で近くても会場まで歩いて行けない人がいたり、世帯数の少ない（10 世帯以下）行政区があったりと、サロンを開設するのが難しいところがあります。

また、人口減少により存続が難しいサロンも出てきています。

	第７期計画の実績値			第８期計画の計画値		
	H30	R1	R2（見込）	R3	R4	R5
実施行政区（か所）	74	74	74	74	74	74
サロン数（サロン）	70	71	71	73	73	73
実参加人数（人）	978	1,038	1,100	1,100	1,100	1,100

方向性

地域支援事業や補助事業を活用し、引き続き、立ち上げ支援や内容の充実、利用しやすい環境づくりに努めながら、介護予防に貢献していきます。
また、新たな形の集いの場を地域住民とともに創出していきます。

（８）在宅高齢者等緊急通報システム設置事業

事業概要　現状・課題

65 歳以上の一人暮らし高齢者や日中に一人で過ごす高齢者などで、特に緊急事態が予測されるような方などの自宅に緊急通報システムを設置し、緊急時の駆けつけや安否確認・相談ができる体制を整備する事業です。

	第７期計画の実績値			第８期計画の計画値		
	H30	R1	R2（見込）	R3	R4	R5
利用者数（人）	54	53	65	70	75	80

方向性

今後も高齢者が在宅で安心して生活ができるように、定期的に周知活動を行い、時代のニーズに見合うシステムや機器の提供ができるように定期的なシステムの見直しの検討をします。

（９）老人福祉電話貸与事業

事業概要　現状・課題

一人暮らし高齢者に福祉電話を貸与し、安否の確認や各種の相談受付を行っています。貸与の条件としては、①65 歳以上の一人暮らし、②一定の所得条件あり、③一部の自己負担ありなどとなっています。

	第７期計画の実績値			第８期計画の計画値		
	H30	R1	R2（見込）	R3	R4	R5
利用件数（件）	7	4	3	5	5	5

方向性

一人暮らし高齢者の安心安全な在宅生活を持続していくために、引き続き本事業を必要とする対象者の把握について、民生委員・児童委員など関係者との情報共有に努めます。

（１０）介護予防拠点整備事業

事業概要　現状・課題

高齢者が安心して継続的に健康づくりや介護予防活動に取り組めるよう、現在、地域サロンなどで介護予防活動を実施している既存の公民館などの集会施設に対し、活動に支障があると認められるか所を改修するため県の補助金を活用し、その改修費用について町が助成を行い、今後の介護予防活動の支援を行う事業です。

主な改修例としては玄関スロープ、洋式トイレ、手すりなどの設置や廊下やトイレなどの段差の解消、床の張り替え、補強などがあげられます。

方向性

地域サロンなどの介護予防の活動の場を整備することで、参加者数や開催頻度を増やし、介護予防の機会を増やしていきます。週１回以上開催される活動の場を増やしていくことを推進します。

（１１）小学生のボランティアスクール、中学高校生のワークキャンプの推進

事業概要　現状・課題

小学生は、ボランティアとはどういうものか、車椅子体験や手話体験、装具を身に付けての高齢者疑似体験などを通して楽しく学ぶとともに、障がい者や高齢者への思いやりの心を育んでいます。中学高校生は、施設での介護実習を行いボランティアに対する意識の高揚に努めています。ボランティアスクール、ワークキャンプともに夏休み期間中に実施しています。

ボランティアスクールは、山間地区と平坦地区に分けて実施し、内容についても毎年変えて実行していますが、学校によっては参加人数に差があります。

方向性

今後も、内容面についてもよく検討し、各学校に呼びかけて、児童の参加増に努めていきます。

３　高齢者の移動手段と高齢者向け住まいの確保の推進

（１）コミュニティバスの利活用促進

事業概要　現状・課題　方向性

平成 19 年４月から株式会社麻生交通の自主運行によるコミュニティバスを田代方面及び水越方面に運行しています。

地域間の路を「むすぶ」線として、通勤通学や買い物など日常生活の利便性向上のため、御船町役場を発着点に、田代線が１日４往復、水越線が１日３往復を運賃 100 円～500 円（小人運賃は半額）にて運行しています。

今後も、さらなる利用促進に向けた周知徹底を図っていきます。

（２）公共交通空白地域の移動手段の検討

事業概要　新設　方向性

公共交通空白地域有償輸送の実施を検討するとともに、訪問型サービスＤの導入の検討など、様々な角度から公共交通空白地域の移動手段の検討を進めていきます。

（３）住宅改造助成事業

事業概要　現状・課題

住宅改造助成事業は、要介護状態にある高齢者を対象に、介護保険で対応できない住宅改修について、在宅生活支援の一環として住宅改造費用の一部を助成しています。

	第７期計画の実績値			第８期計画の計画値		
	H30	R1	R2（見込）	R3	R4	R5
利用者（実績）数（人）	1	0	1	1	1	1

方向性

介護保険係と連携を図り、必要とする高齢者の在宅生活の支援に努めます。

また、高齢者の安心安全な在宅生活を持続していくために、改造を必要とする対象者の把握について、民生委員・児童委員など関係者との連携を密にしていきます。

（４）有料老人ホーム等の県との情報共有

事業概要　新設　方向性

特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅が増加しており、多様な介護サービスの受け皿となっています。

県と連携しながら、特定施設入居者生活介護（地域密着型を含む）指定を受ける有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅（介護付きホーム）への移行を促し、未届けの有料老人ホームを確認した場合は、継続的に県へ情報提供を行います。

また、介護サービスの相談員を積極的に活用することなどで、質の確保を図ります。

	住宅型有料老人ホーム		特定施設入居者生活介護	
	設置数（か所）	定員総数（床）	設置数（か所）	定員総数（床）
御船町	3	34	1	30

（５）地域密着型サービスの整備計画

	第７期計画の実績値（定員）			第８期計画の計画値（定員）		
	H30	R1	R2（見込）	R3	R4	R5
定期巡回・随時対応型訪問介護看護（事業所数）	0	0	0	0	0	0
夜間対応型訪問介護（事業所数）	0	0	0	0	0	0
認知症対応型通所介護	6	9	9	9	9	9
小規模多機能型居宅介護	29	29	29	29	58	58
認知症対応型共同生活介護	27	27	27	27	27	27
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設	0	0	29	29	29	29
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0	0	0
地域密着型通所介護	10	10	10	10	10	10

4　防災対策・感染症対策の推進

（１）防災対策の推進

事業概要　現状・課題　方向性

高齢者人口の増加に伴い、災害時における収容可能人数を増やしていく必要があるため、特別養護老人ホームなどの介護施設や障がい者施設などに対しても新たな指定避難所（福祉避難所）の確保を目指します。

また、備蓄品の計画的購入を行い、災害発生時における円滑な支援体制が構築できるよう平常時から関係機関・団体、地域住民などとの連携に努めます。

御船町地域防災計画で、要配慮者利用施設と定められている高齢者施設などについては、各施設の避難確保計画の策定状況や、防災訓練などの取り組み状況を把握するとともに、災害時に円滑な避難活動が図られるよう支援します。

（２）避難行動要支援者制度の推進

事業概要

御船町地域防災計画において、総務課と福祉課との連携の下、平常時より、避難支援などを実施するための基礎となる避難行動要支援者名簿を作成するとともに、避難行動要支援者制度の周知に努めています。

避難行動要支援者に関する情報を収集し、避難支援者、避難場所、避難経路などの避難方法について具体的な避難支援計画（個別計画）を策定しています。策定された避難支援計画については、避難訓練などを通じて、定期的に確認を行い、必要に応じて見直しを行っていきます。

現状・課題　方向性

災害時に支援を必要とする高齢者の把握に努め、名簿登録に漏れがないように取り組んでいきます。

また、災害時に避難行動要支援者の避難及び安否確認が円滑に行えるよう、民生委員・児童委員や老人クラブ、自主防災組織などの関係機関との連携強化に取り組み、防災・避難訓練や安否確認訓練などについても、積極的に実施します。

そして、関係課にて支援が必要と思われる方に本制度の周知徹底を行い、個別計画の作成につながるよう庁内全体で取り組んでいきます。

（３）熊本地震からの復興に向けた取り組みの推進

事業概要　現状・課題　方向性

平成 28 年４月 16 日１時 25 分を本震とする「平成 28 年（2016 年）熊本地震」は、熊本県熊本地方・阿蘇地方、大分県西部・中部に多大な被害を与えました。

本町においては、前震（震度５強）、本震（震度６弱）と度重なる強い余震によって、死者を伴う甚大な人的・建物被害が発生しました。

多い時で、建設型仮設住宅へ 420 戸（1,098 人）、みなし仮設住宅へ 385 戸（1,004 人）の方々が避難生活を余儀なくされました。地震から４年８か月が経過し、令和２年 12 月末時点で建設型仮設住宅１戸（２人）、みなし仮設住宅１戸（２人）となり、今なお仮設住宅での生活が続いている方もおられますが、多くの方々の生活の再建が進みました。

また、被災者の住まいの再建を支援するために、災害公営住宅 100 戸、木造仮設を利用した単独住宅 66 戸を整備しました。

● 高齢者福祉に関連のある被災状況のまとめ

① 人的被害・住家被害の状況（H31.1.11 時点）

人的被害

区分	規模
死者	10 人
負傷者	11 人
軽傷者	10 人

住家被害

区分	規模
全壊	444 世帯
大規模半壊	425 世帯
半壊	1,972 世帯
一部損壊	2,178 世帯

② 高齢者福祉などに関連のある町有施設の被災状況

区分	施設名		被害	
			有	無
社会教育施設	スポーツセンター		○	
	水越社会教育センター		○	
	七滝社会教育センター	旧校舎	○	
		体育館		○
	上野社会教育センター		○	
	田代東部社会教育センター			○
	田代西部福祉センター			○
公民館	カルチャーセンター		○	
	公民館分館	御船分館	○	
		滝尾分館	○	
		水越分館		○
		七滝分館	○	
		上野分館	○	
		田代東部分館	○	
		北田代分館	○	
		木倉分館	○	
		高木分館	○	
		小坂分館	○	

御船町震災復興計画

※被災した上記施設は、全て復旧が完了しています。

● 御船町震災復興計画の概要

本町では、町民・地域・団体・企業・行政などが一丸となった「オールみふね」により、多様な活動主体が参画するにあたり、以下の将来像・スローガン・方向性など共有すべき目標を設定して事業を推進しています。

御船町震災復興計画

将来像	「みんなが夢を持って住み続けられるまち」	
スローガン	「あの日を忘れず、共につなごう未来へ！」	
方向性	被災者の生活再建	～たちあがる～
	地域コミュニティの再生	～つながる～
	災害に強いまちづくり	～そなえる～
	公共施設の復旧	～もどす～
	産業の発展	～さかえる～

● 地域コミュニティの再生 ～つながる～ に関連する事業の展開

今回の地震で、住み慣れた地域からの人口流出をはじめ、公民館や集会所などのコミュニティ拠点が被害を受けました。

既存集落の維持・機能強化はもとより、被害を受けた集落においては、人と人、地域のつながりの構築に向けた地域コミュニティの再生に向け、地域拠点の整備などを進めます。

また、今後も地域づくりの関係部署が連携し、地域コミュニティの再生につながる事業を包括的に進めていきます。

（４）感染症対策の推進

事業概要　新設　方向性

多くの感染症において、高齢者や基礎疾患のある者は、重症化や合併症が起こりやすいことから、配慮して感染症予防対策を実施していく必要があります。

また、高齢者施設などにおいては、集団発生となるケースもあることから、日常的に感染症防止対策を講じておく必要があります。

町民に向けたウイルス感染症対策を、広報誌に掲載するほか、ホームページで公開することで周知を図ります。また、高齢者施設などに対しても、国県から発出される高齢者施設などで感染者が発生した場合の備えや感染症防止対策の情報を随時ホームページで公開するなど周知を図ります。

感染症の拡大が懸念される中、災害などの被害で避難を行った場合の対策としては、３つの密を回避した避難所づくりに努め、共有避難スペースについては、パーティションの設置や２ｍ以上空間を空けることや、１時間に５分程度の換気を行い密閉空間の回避を行い、感染症予防対策を行っていきます。

第５節　多様な介護人材の確保･定着や介護サービスの質の確保･向上

１　介護給付の適正化に向けた取り組みの推進

事業概要　現状･課題

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、持続可能な介護保険制度の構築に資するものです。

今後、団塊世代すべてが 75 歳以上となる 2025 年に向けて、介護サービスなどの需要が拡大することなどを危惧し、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きます。

本町では、介護給付適正化において、厚生労働省の発する「「介護給付適正化計画」に関する指針」及び熊本県が作成する「第４期熊本県介護給付適正化プログラム」を参考に、今期においても引き続き、「要介護認定の適正化」、「ケアマネジメントなどの適正化」、「サービス提供体制及び介護報酬請求の適正化」の３つを柱とし、「ケアプランの点検」及び「医療情報突合・縦覧点検」の２項目を最重点項目として位置づけ、介護給付適正化事業に取り組みました。

（１）要介護認定の適正化

全国一律の基準により実施されています。ｅラーニングの活用や、県や上益城広域連合が主催する認定調査員の研修に参加しています。

（２）ケアプランの点検の充実（★最重点項目）

ケアプランの記載内容について、作成者に提出を求め、点検及び支援を行うことで、個々の利用者の自立支援につながる真に必要なサービスを確保するとともに、その状態に適合していないサービス提供の改善を図ります。課題整理総括表や地域ケア会議などを活用し多職種の視点から点検しています。居宅サービス利用者の５％以上の点検を目標に、新規サービス利用者や区分変更後のサービス利用者を中心に点検しました。

（３）福祉用具･住宅改修の点検の充実

福祉用具・住宅改修の点検について、リハビリテーション専門職の点検体制を充実させていきます。

福祉用具購入分については、購入前に商品パンフレットなどで確認を行っています。利用希望者も多いことから、リハビリテーション専門職の点検体制構築に努めています。

福祉用具貸与分については、平均額を超えた高額福祉用具利用者の点検の全件実施に努めています。

また、受給者の実態にそぐわない不適切又は不要な住宅改修を施工前に是正することを目的とします。このため、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か所写真などの確認に加え、改修の内容が受給者の重度化防止や自立支援に資するものであるか、なお、その費用が適切であるかを点検する被保険者やその家族、担当介護支援専門員、施工業者、保険者の４者で施工前の利用者宅への訪問調査を行っています。

（４）医療情報突合・縦覧点検の実施（★最重点項目）

後期高齢者医療や国民健康保険の入院情報と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行い、医療と介護の重複請求を是正します。また、縦覧点検については、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を点検し、提供されたサービスの整合性及び算定回数を確認するとともに、必要に応じて過誤申立てなどの適切な処置を行います。

費用対効果が高いことから、全月実施を目標とし最重点項目として重点的に取り組んでいます。

	第７期計画の実績値			第８期計画の計画値		
	H30	R1	R2（見込）	R3	R4	R5
認定調査員向け研修の実施（回／年）	2	2	0	2	2	2
【ケアプラン点検】						
実施件数（件／年）	588	505	540	550	550	550
課題整理総括表を活用した点検率	5.4%	100%	100%	100%	100%	100%
地域ケア会議などを活用した多職種による点検月数	11 月	10 月	6 月	12 月	12 月	12 月
【住宅改修の点検】						
実施件数（件／年）	87	81	81	78	78	78
点検率	100%	100%	100%	100%	100%	100%
【医療情報突合・縦覧点検】						
医療情報突合　実施件数（件／年）	115	128	90	100	100	100
〃　点検率	100%	100%	100%	100%	100%	100%
縦覧点検　実施件数（件／年）	587	561	540	550	550	550
〃　点検率	100%	100%	100%	100%	100%	100%

方向性

今期においても、引き続き「介護給付適正化計画に関する指針」及び「第５期熊本県介護給付適正化プログラム」を参考に、介護給付適正化の推進に取り組みます。

介護支援専門員とともに確認するための時間の確保や、限られた人員で多数の点検を行うために、効率的な方法などを見出しながら取り組んでいきます。また、今後は、福祉用具貸与分について積極的に調査を実施していきます。

２　多様な介護人材の確保･定着に向けた取り組みの推進

「介護・障害福祉従事者の人材確保のための介護・障害福祉従事者の処遇改善に関する法律」の周知広報とそれに基づいた事業所などの取り組みを支援しています。

国においては、①介護職員の処遇改善、②多様な人材の確保・育成、③離職防止・定着促進・生産性向上、④介護職の魅力向上、⑤外国人材の受入環境整備など総合的な介護人材確保対策に取り組むこととされています。

町では、介護人材の実態を把握し、確保に向けて必要な取り組みなどを検討するため、在宅介護実態調査及び介護人材実態調査を実施しました。今後、調査結果に基づき、国や他の自治体の取り組み手法を参考に、介護助手制度の検討を含めて、町独自の支援方法を検討していきます。

（１）介護職員初任者研修等の住民への周知

事業概要　新設　方向性

介護職員初任者研修などの県が主催する研修会を住民に対して積極的に周知を行い、多様な人材の確保・育成に寄与します。

（２）間接介護の担い手の育成･マッチング

事業概要　新設　方向性

町が養成を行っている介護予防・生活支援サポーターなどに希望を募り、介護事業所における間接介護の担い手を育成し、希望する介護事業者へのマッチングを図る介護助手制度の検討を行います。

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

（１）サービスの質の向上に向けた事業者への支援

事業概要

介護サービスの質の向上を図るため、地域包括支援センターなどによる研修を実施しており、地域ケア会議や介護支援専門員連絡協議会などの場において、現状把握と課題分析を行っています。

また、介護サービス利用者からの疑問や不満・不安を聞き、サービス提供者や市町村に橋渡しをする「介護サービス相談員」を事業所ごとに派遣し、利用者の視点に立ったサービスの質の向上を図っています。

現状･課題　方向性

地域ケア会議などにおける現状の課題分析やプログラムの充実、研修会への参加により、介護サービスの質の向上を図ります。また、介護保険制度に関する様々な情報を事業所に提供・周知し適切な運営を推進します。

（２）適切な指導監査の実施

事業概要

介護保険法に基づき、介護サービス事業者に対し、介護給付など対象サービスの取り扱いや介護報酬の請求などに関する事項について助言・周知を行っています。

	第７期計画の実績値			第８期計画の計画値		
	H30	R1	R2 （見込）	R3	R4	R5
実地指導実施件数（件／年） （県同行含む）	0 （4）	3 （5）	0 （0）	4 （0）	4 （0）	4 （0）

現状･課題　方向性

令和元年度から地域密着型サービスについても実地指導を実施し、一業者あたり３年に１回程度の頻度で実施を継続していきます。また、指定基準違反や介護報酬の請求に関する不正・不当がある場合などは監査を実施します。

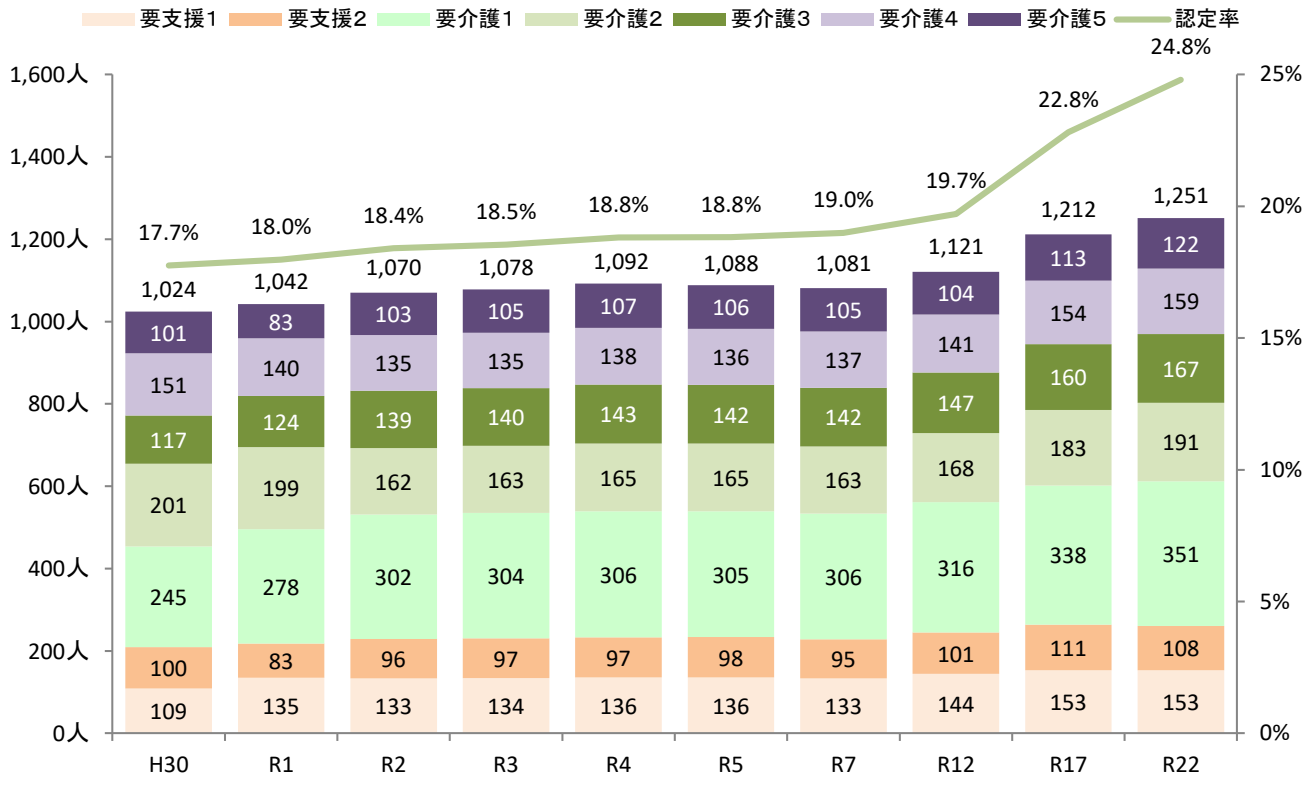
第２章　介護保険事業の量の見込みと確保策

第１節　介護保険事業の現状

１　認定者の状況と今後の予測

認定者は、平成 30 年度は 1,024 人でしたが、２年後の令和２年度に 1,070 人と 46 人増加しています。

今後の予測は、令和４年度の 1,092 人をピークに緩やかな減少に転じ、令和５年度に 1,088 人、令和７年度に 1,081 人になると予測されます。



２　前期計画の評価

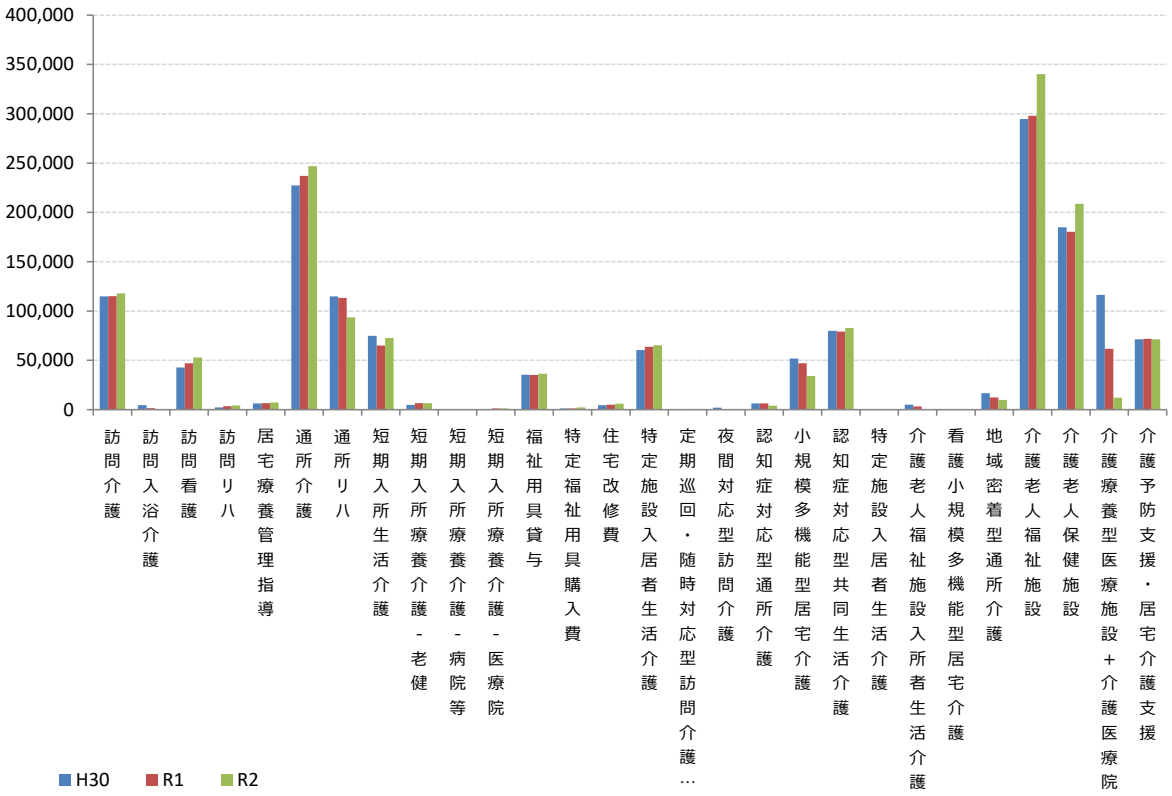
（１）前期介護保険事業計画の実績について

総給付費は、平成 30 年度の約 15 億２千万円から、令和２年度は 16 億２千万円となり、１億円の増加（平成 30 年度比 106.7%）となっています。

給付費のサービス種類別内訳では、平成 30 年度比で、在宅サービスは 100.4%、居住系サービスは 105.5%、施設サービスは 118.0%、居宅介護支援は 99.9%となっています。

単位：千円

	H30	R1	前年比	R2	前年比	前々年比
在宅サービス	661,173	656,608	99.3%	663,512	101.1%	100.4%
居住系サービス	140,311	143,003	101.9%	148,044	103.5%	105.5%
施設サービス	601,590	633,496	105.3%	709,626	112.0%	118.0%
居宅介護支援	71,417	71,929	100.7%	71,379	99.2%	99.9%
総計	1,523,887	1,552,550	101.9%	1,626,678	104.8%	106.7%



第２節　介護保険事業量･事業費の推計手順

１　地域包括ケア「見える化」システムを基にした推計手順

介護保険事業量・事業費の推計にあたっては、国が示した地域包括ケア「見える化」システムを用い、人口については、住民基本台帳人口を基とし、認定者数や介護保険事業量などについては、平成 30 年度～令和２年 11 月の実績を基に、以下のような手順で算出しています。

■被保険者及び要介護認定者数の推計

高齢者人口の将来推計と直近の要介護認定率から、将来の要介護（支援）認定者数を推計します。

■施設・居住系サービス利用者数の推計

施設・居住系サービスの給付実績をもとに、施設サービス利用者数見込み、居住系サービス利用者数見込みを設定します。

■居宅サービス等利用者数の推計

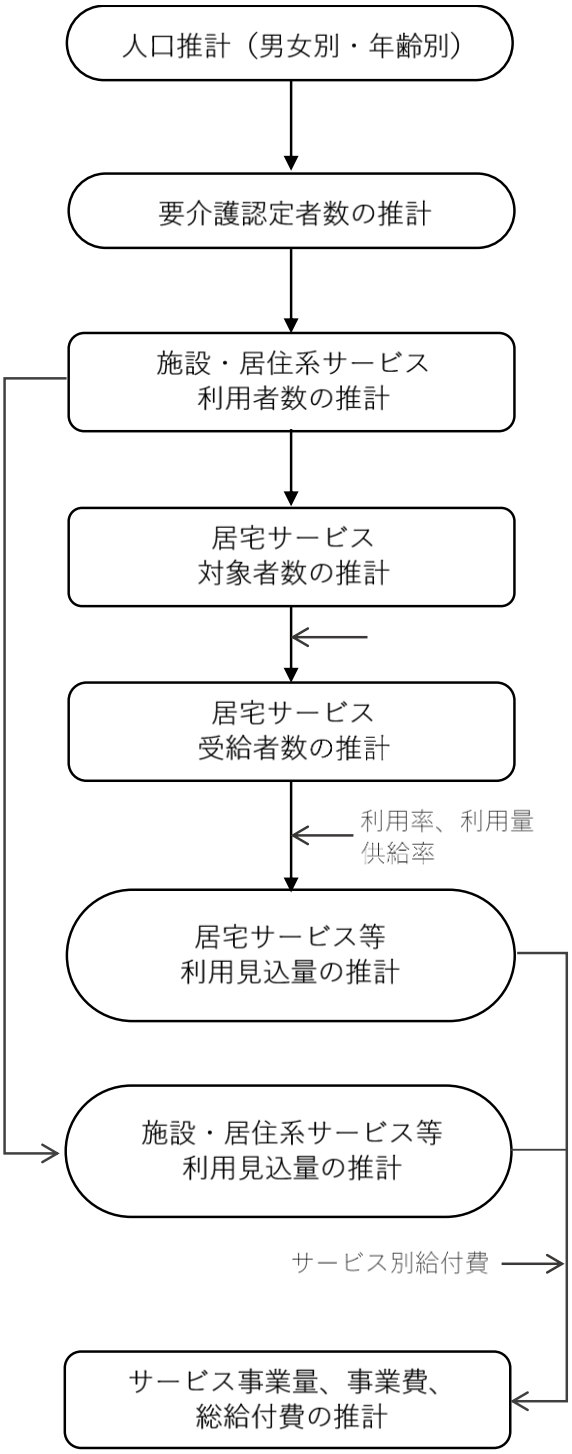
居宅サービスの受給率の実績をもとに、認定者数から施設･居住系サービス利用者を除いた標準的居宅サービス等受給対象者数にサービス受給率を乗じて、居宅サービス・地域密着型サービス・介護予防サービス･地域密着型介護予防サービス利用者を推計します。

■サービス見込量の推計

居宅サービス・地域密着型サービス・介護予防サービス･地域密着型介護予防サービス利用者数に各サービス別の利用率、利用者１人当たり利用回数（日数）を掛け合わせて、各サービスのサービス供給量を見込み、各サービス別供給量を推計します。

■給付費の推計

将来のサービス供給量に、施設･居住系サービスの場合は給付実績をもとに１月当たりの平均給付費、居宅サービスの場合は１回あたり平均給付費をそれぞれ乗じて給付費を算定します。



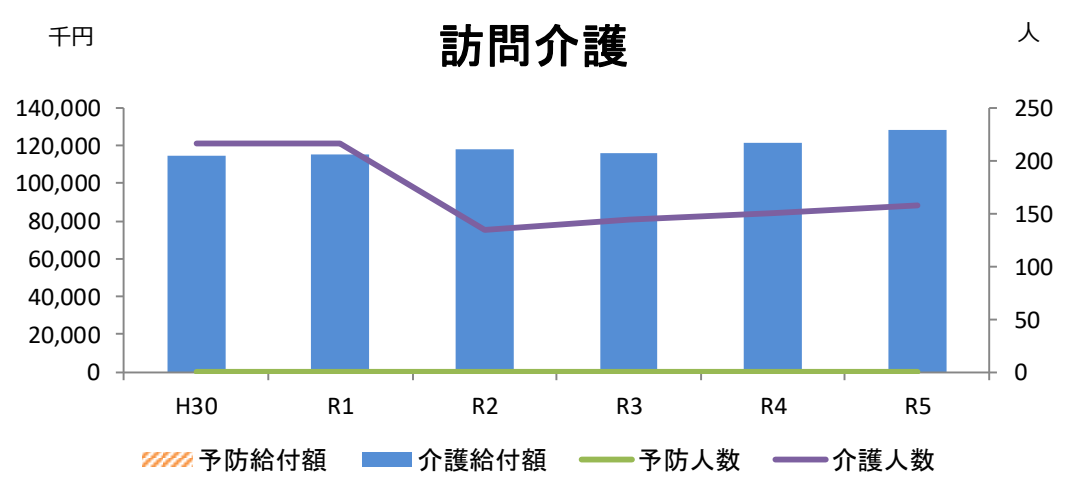
第３節　介護保険サービスの見込みと確保策

１　居宅サービス

（１）訪問介護（ホームヘルプ）

訪問介護員（ホームヘルパー）が自宅を訪問して、入浴・排せつ・食事などの介護や、家事などの日常生活の援助を行うサービスです。

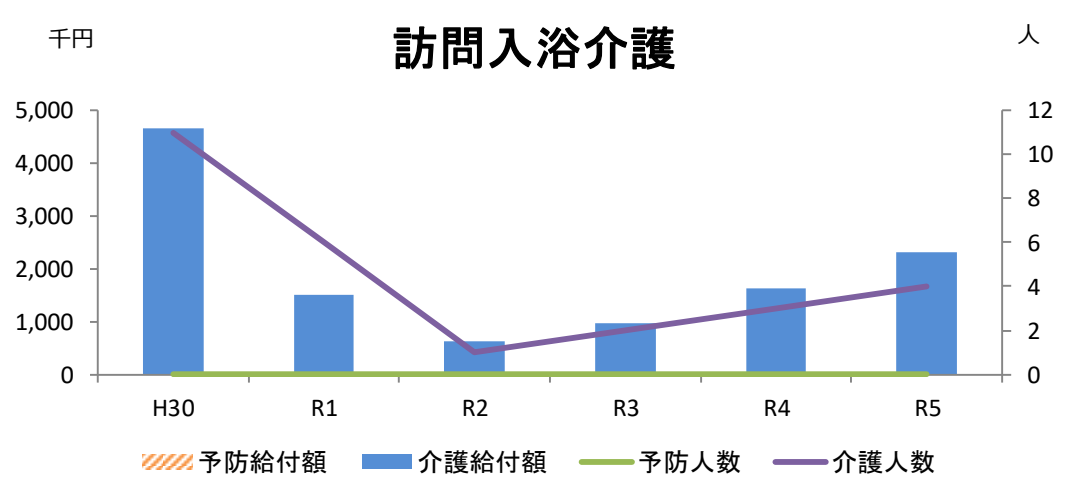
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	114,837	115,082	117,966	116,396	121,729	128,118
	人数（人）	216	217	135	144	151	158



（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などで自宅を訪問して、入浴の介助を行うサービスです。

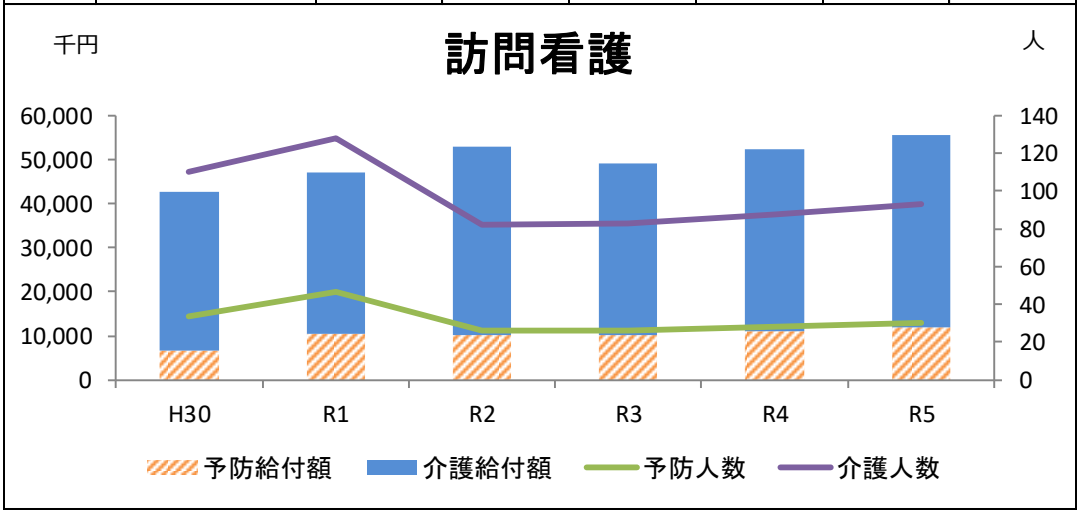
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	4,649	1,519	626	977	1,641	2,305
	人数（人）	11	6	1	2	3	4
予防給付	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0



（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などが自宅を訪問して、療養上の世話や手当てを行うサービスです。

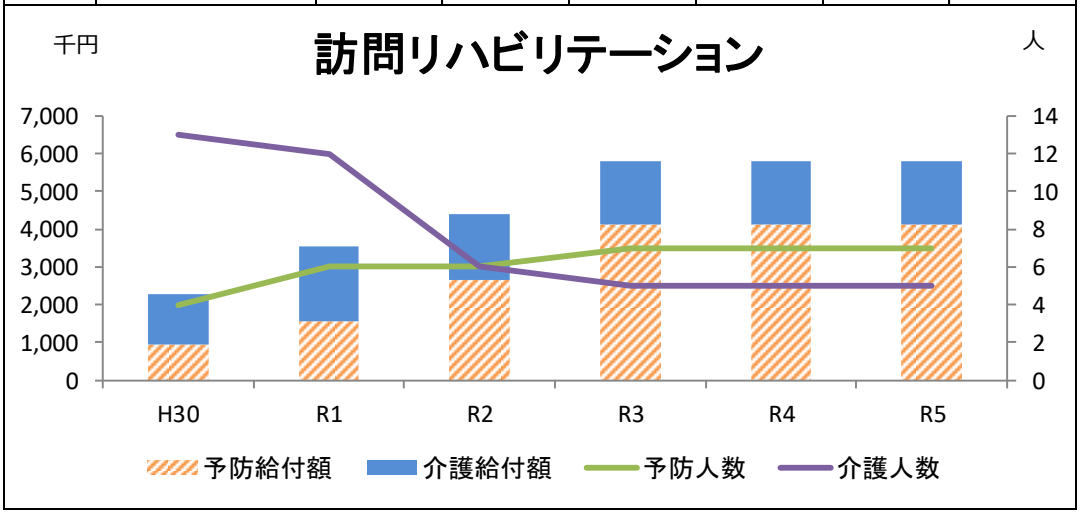
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	36,119	36,596	42,619	38,974	41,349	43,702
	人数（人）	110	128	82	83	88	93
予防給付	給付費（千円）	6,668	10,511	10,225	10,242	11,024	11,800
	人数（人）	34	47	26	26	28	30



（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）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です。

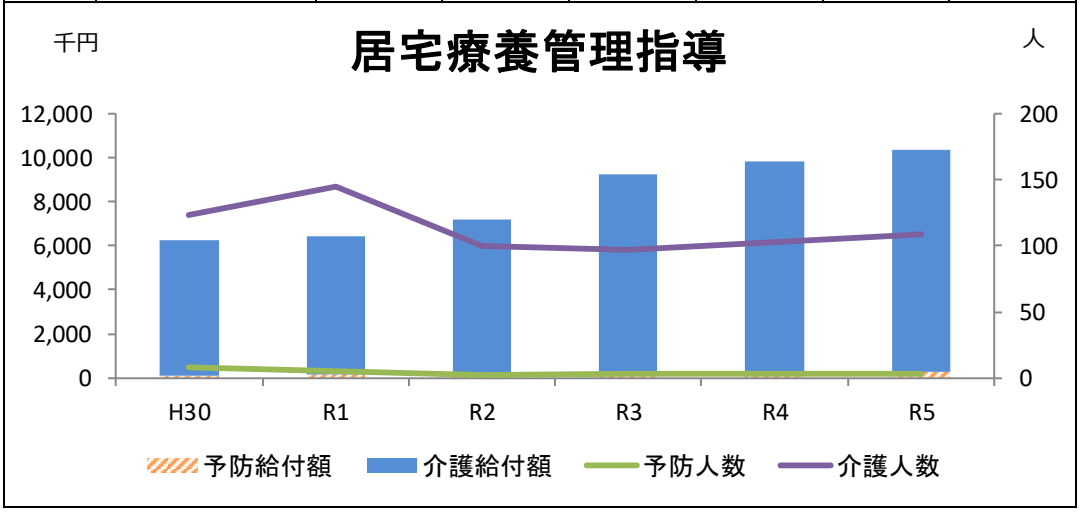
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	1,351	2,004	1,737	1,690	1,691	1,691
	人数（人）	13	12	6	5	5	5
予防給付	給付費（千円）	942	1,550	2,660	4,112	4,114	4,114
	人数（人）	4	6	6	7	7	7



（５）居宅療養管理指導･介護予防居宅療養管理指導

通院が困難な方に対し、医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士などが自宅を訪問して、療養上の世話や指導を行うサービスです。

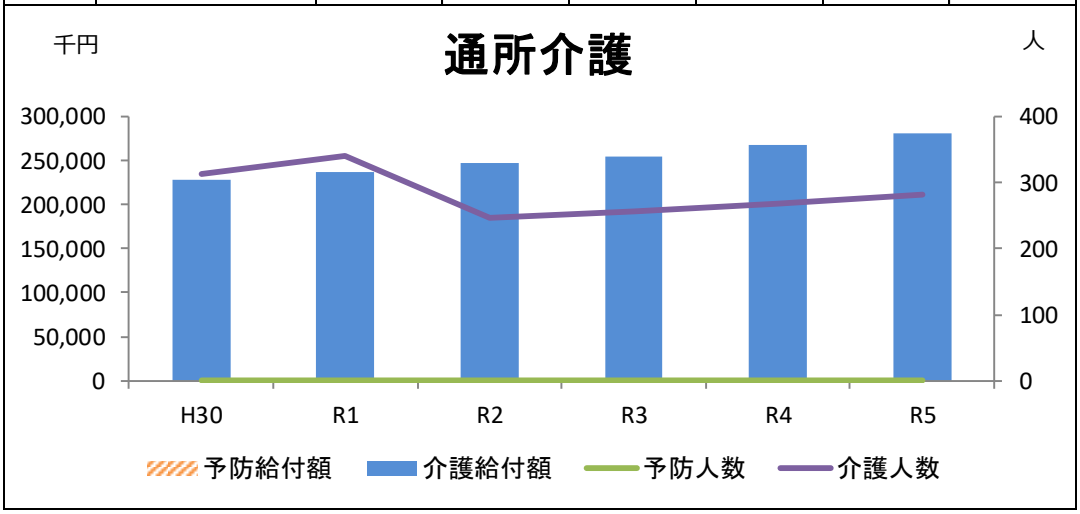
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	6,119	6,321	6,980	8,997	9,553	10,104
	人数（人）	123	145	100	97	103	109
予防給付	給付費（千円）	121	131	234	254	254	254
	人数（人）	8	5	2	3	3	3



（６）通所介護（デイサービス）

日帰りでデイサービスセンターに通い、食事・入浴の提供やレクリエーションなどを通じた機能訓練を行うサービスです。

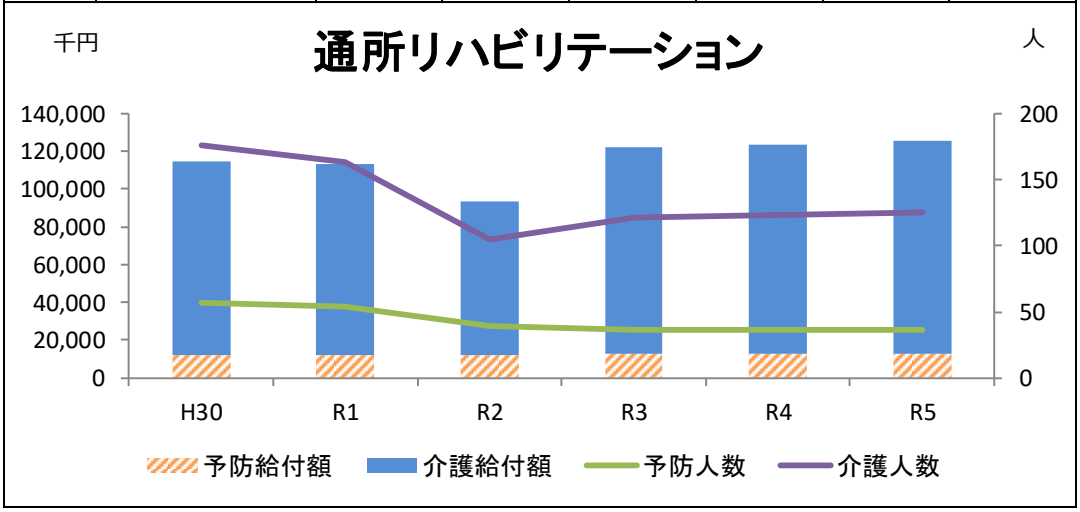
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	227,496	237,055	246,840	254,762	267,699	280,494
	人数（人）	314	341	247	256	269	282



（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）

日帰りで、デイケア施設に通って、食事・入浴の提供や心身機能の維持回復の機能訓練を行うサービスです。

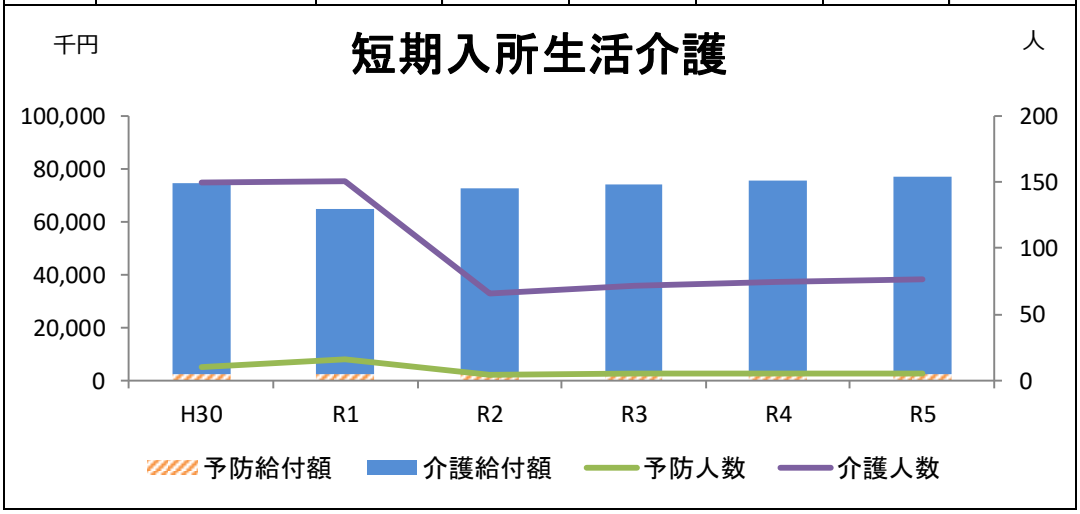
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	102,935	101,424	81,429	108,899	110,672	112,383
	人数（人）	176	163	105	121	123	125
予防給付	給付費（千円）	11,892	11,844	12,151	13,093	13,100	13,100
	人数（人）	57	54	39	36	36	36



（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）

特別養護老人ホームなどの施設に短期間入所し、食事・入浴・排せつ、その他日常生活の介護や機能訓練を行うサービスです。

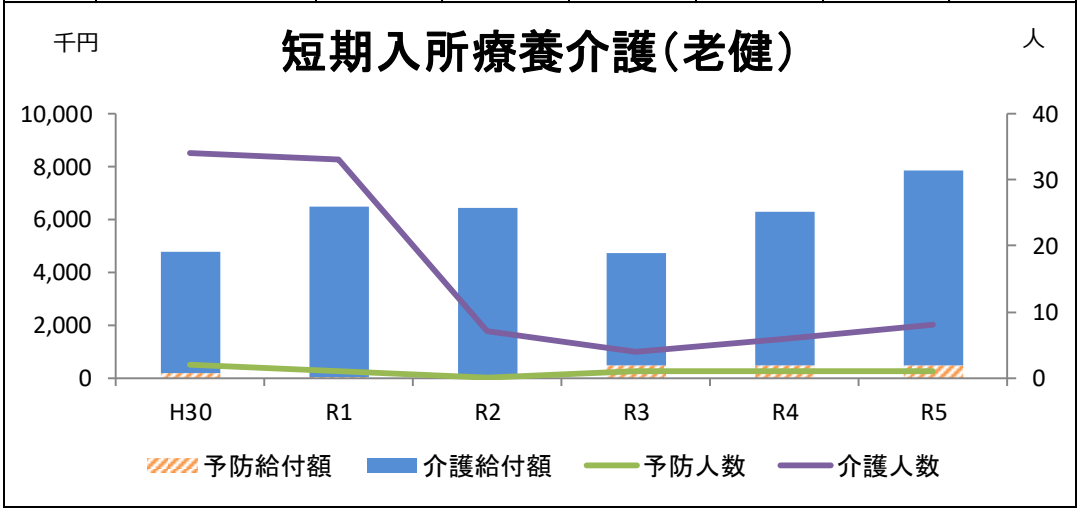
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	72,545	62,792	70,214	71,739	73,294	74,809
	人数（人）	150	151	66	72	74	76
予防給付	給付費（千円）	2,207	2,259	2,334	2,155	2,156	2,156
	人数（人）	10	16	4	5	5	5



（９）短期入所療養介護･介護予防短期入所療養介護（老健）

老人保健施設に短期間入所し、食事・入浴・排せつ、その他日常生活の介護や看護・機能訓練を行うサービスです。

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	4,623	6,414	6,452	4,255	5,827	7,396
	人数（人）	34	33	7	4	6	8
予防給付	給付費（千円）	165	46	0	456	456	456
	人数（人）	2	1	0	1	1	1



（１０）短期入所療養介護･介護予防短期入所療養介護（病院等）

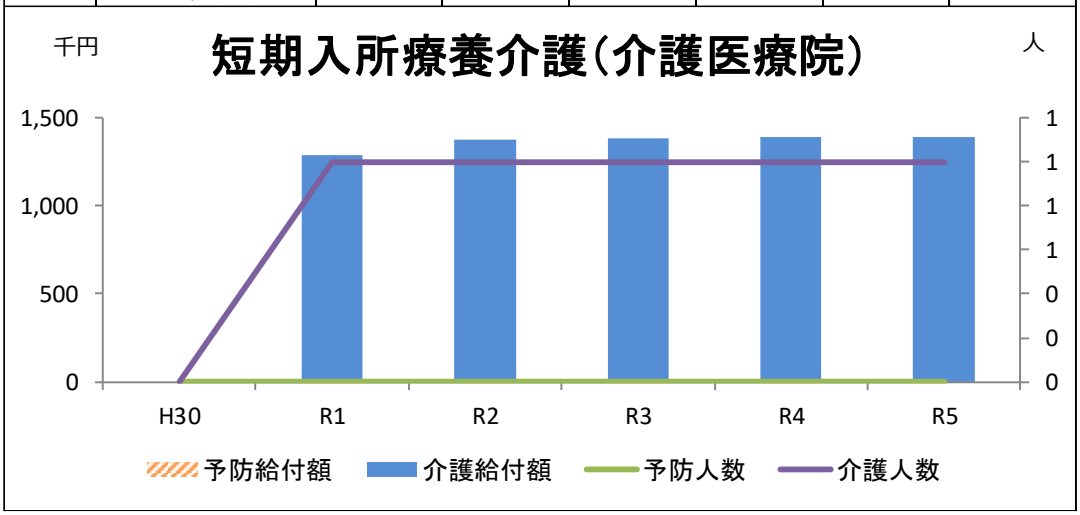
病院などに短期間入所し、食事・入浴・排せつ、その他日常生活の介護や機能訓練を行うサービスです。

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0
予防給付	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0

（１１）短期入所療養介護･介護予防短期入所療養介護（介護医療院）

介護医療院に短期間入所し、食事・入浴・排せつ、その他日常生活の介護や機能訓練を行うサービスです。

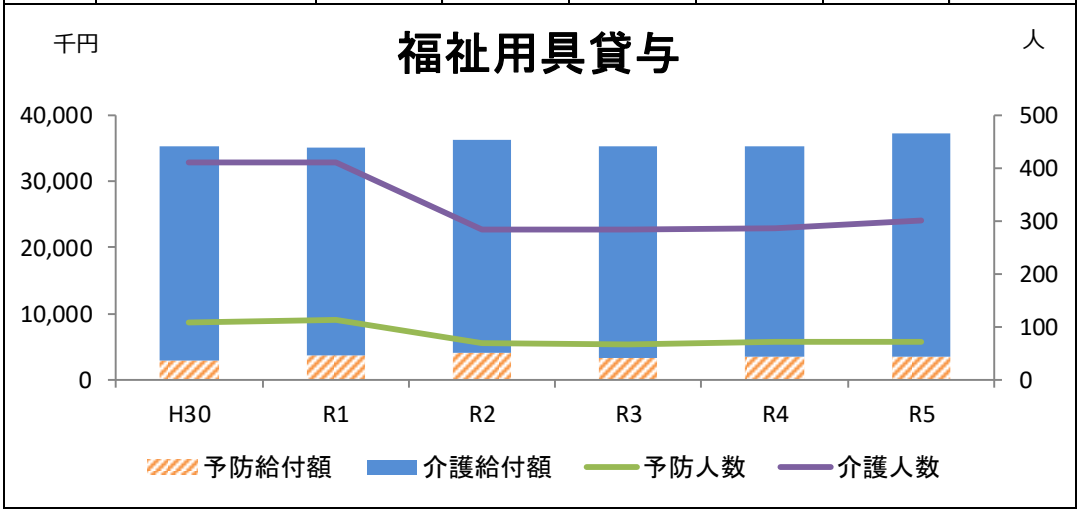
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	0	1,285	1,378	1,386	1,387	1,387
	人数（人）	0	1	1	1	1	1
予防給付	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0



（１２）福祉用具貸与･介護予防福祉用具貸与

日常生活における自立支援や介護者の負担軽減を図るため、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・移動用リフトなどの福祉用具を貸与するサービスです。

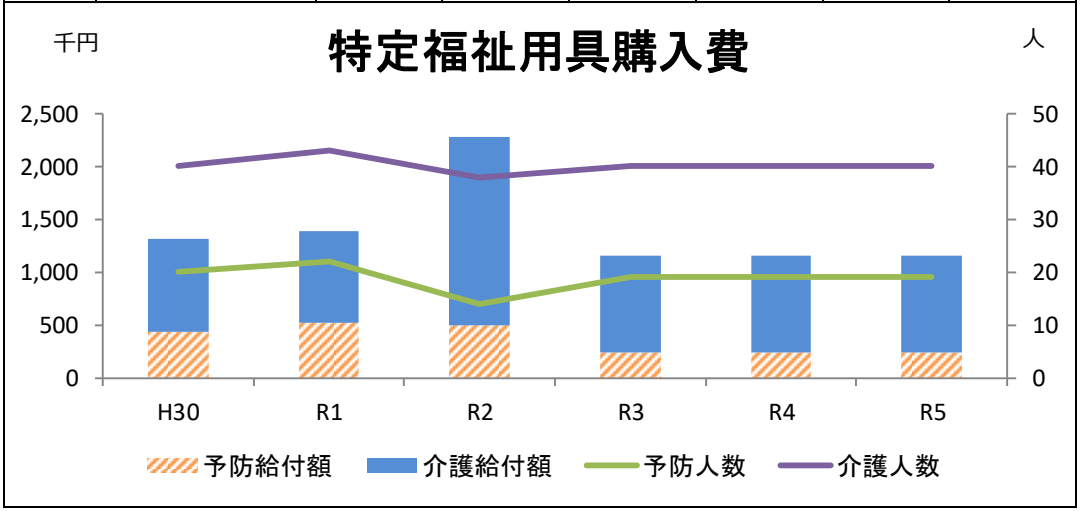
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	32,429	31,408	32,233	32,074	31,915	33,919
	人数（人）	411	411	283	283	287	300
予防給付	給付費（千円）	2,870	3,638	4,141	3,192	3,381	3,381
	人数（人）	109	113	68	67	71	71



（１３）特定福祉用具販売･特定介護予防福祉用具販売

日常生活における自立支援や介護者の負担軽減を図るため、貸与になじまない入浴や排せつに用いる福祉用具を購入するサービスです。

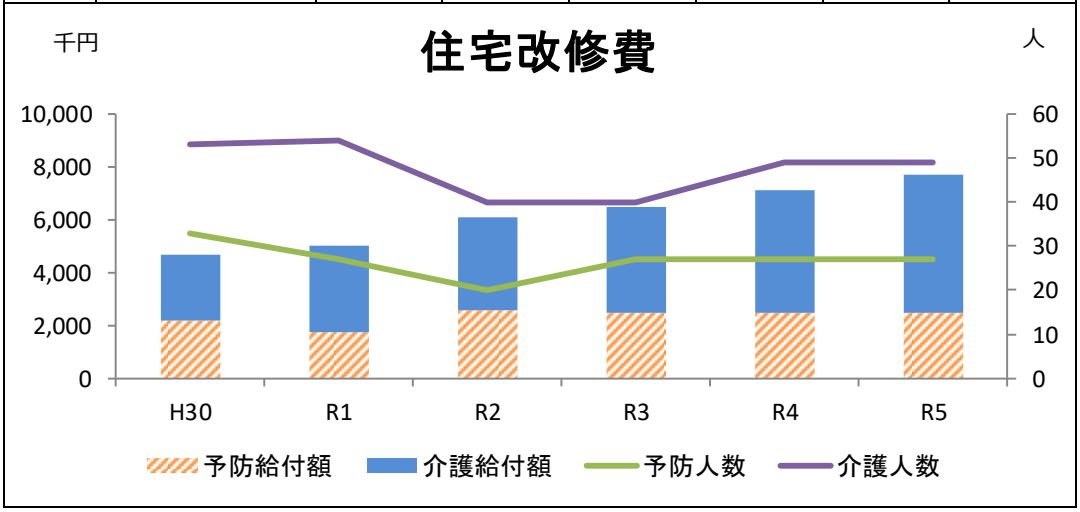
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費(千円)	883	864	1,780	919	919	919
	人数(人)	40	43	38	40	40	40
予防給付	給付費(千円)	437	523	494	238	238	238
	人数(人)	20	22	14	19	19	19



（１４）住宅改修

住みなれた自宅で在宅生活が続けられるよう、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など、小規模な住宅改修をするサービスです。

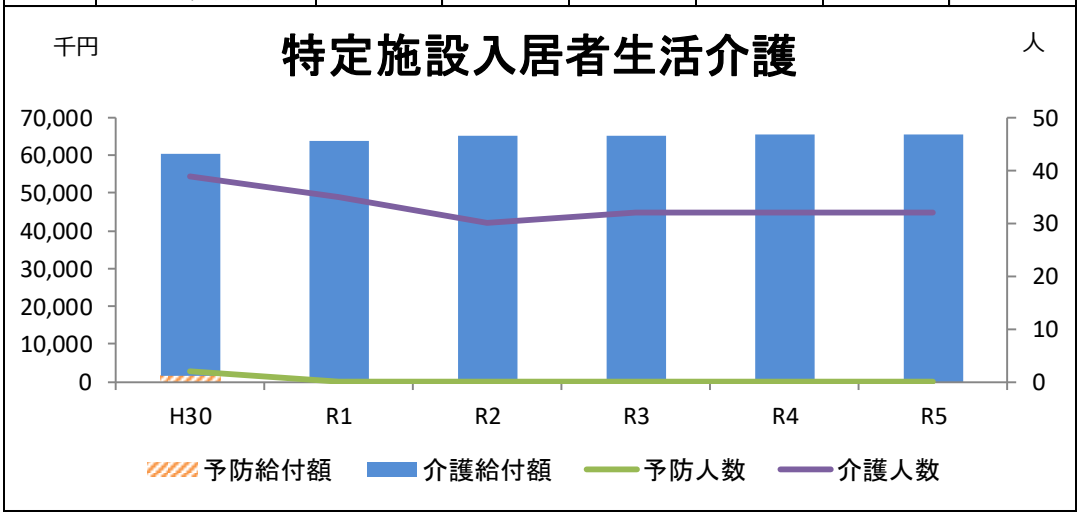
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費(千円)	2,496	3,298	3,486	4,037	4,643	5,248
	人数(人)	53	54	40	40	49	49
予防給付	給付費(千円)	2,172	1,722	2,590	2,466	2,466	2,466
	人数(人)	33	27	20	27	27	27



（１５）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

指定を受けた介護付き有料老人ホームなどで、入浴・排せつ・食事、その他日常生活上の世話や機能訓練を行うサービスです。

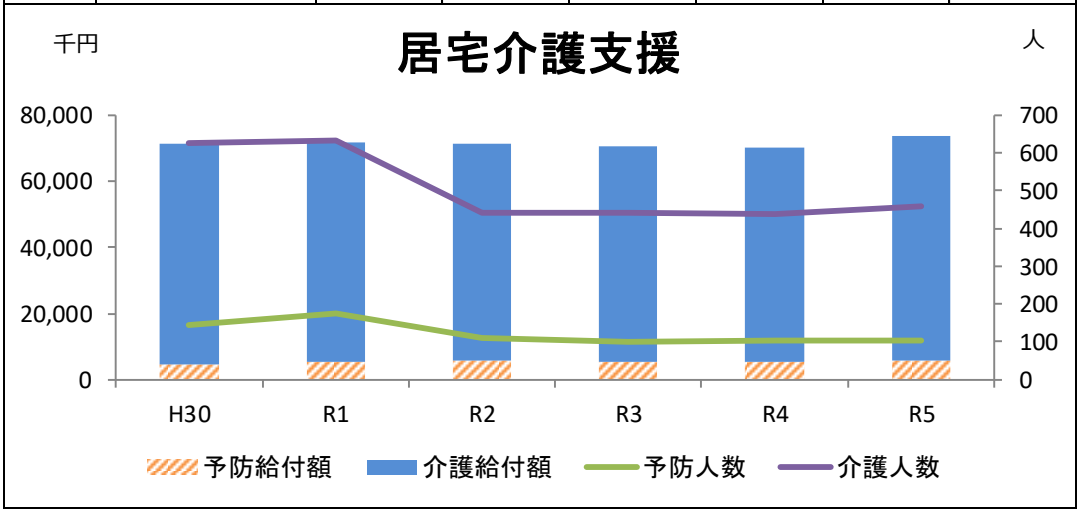
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	58,758	63,709	65,210	65,170	65,606	65,606
	人数（人）	39	35	30	32	32	32
予防給付	給付費（千円）	1,575	0	0	0	0	0
	人数（人）	2	0	0	0	0	0



（１６）居宅介護支援･介護予防支援

介護を必要とされる方が、自宅で適切にサービスを利用できるように、介護支援専門員が心身の状況や本人の希望などに沿ったケアプランの作成や、サービス事業者との連絡調整を行う支援を行うサービスです。

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	66,650	66,490	65,429	65,283	64,711	67,968
	人数（人）	626	634	442	442	440	460
予防給付	給付費（千円）	4,767	5,439	5,950	5,413	5,523	5,630
	人数（人）	143	174	110	101	103	105



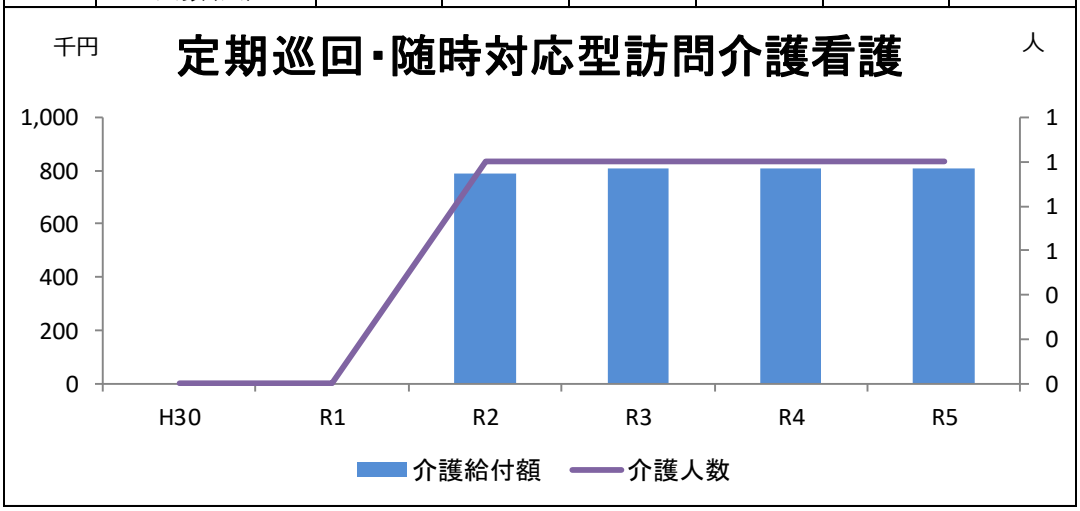
２　地域密着型サービス

地域密着型サービスについては、高齢者が要介護（要支援）状態となっても、できる限り住み慣れた地域での生活を継続できるようにするため、日常生活圏域を基本的な枠組みとして、町で指定されたサービス事業者が提供するサービスです。

（１）定期巡回・随時対応サービス

介護サービス事業所が定期的に巡回して利用者に短時間の訪問サービスを提供するほか、24 時間 365 日体制で相談できる窓口を設置し随時の対応も行うサービスです。

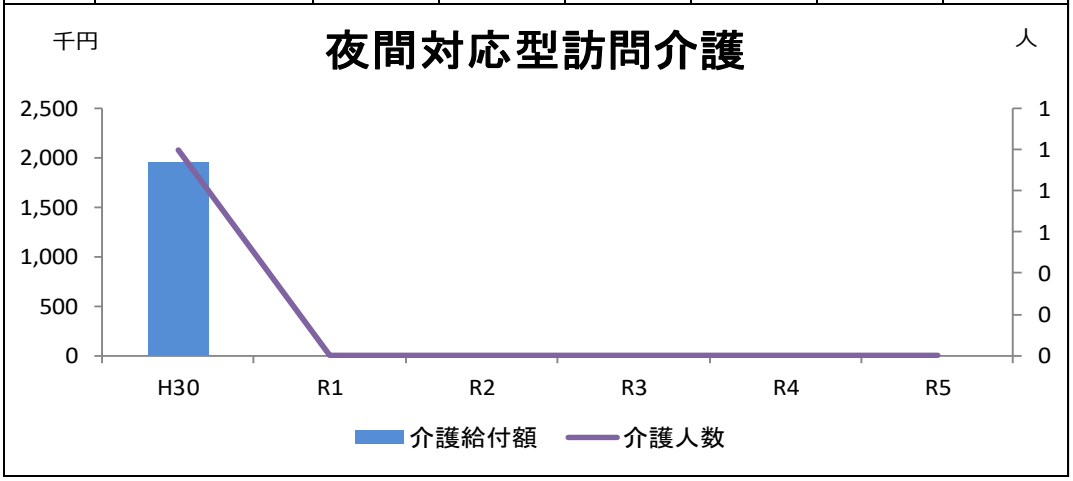
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	0	0	788	807	807	807
	人数（人）	0	0	1	1	1	1



（２）夜間対応型訪問介護

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

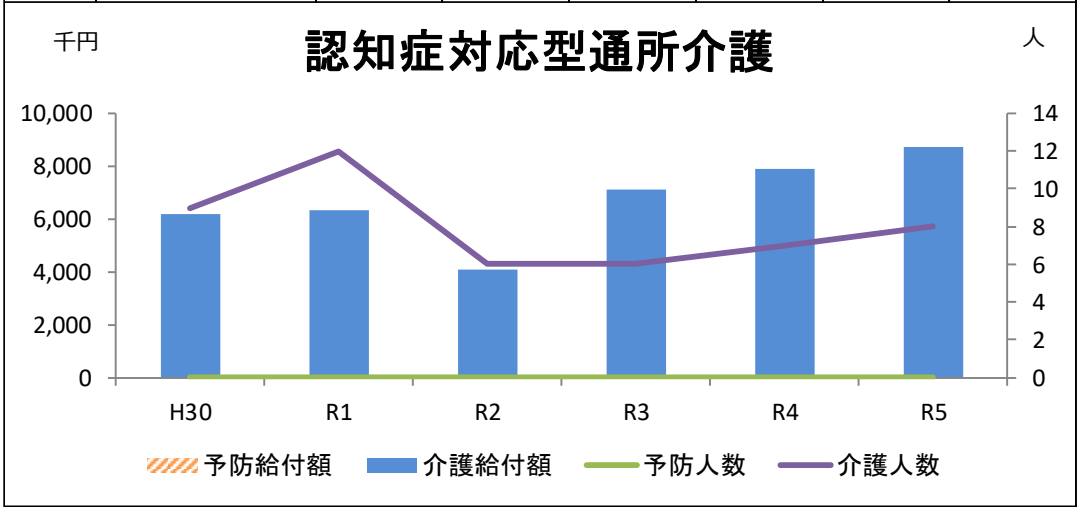
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	1,949	0	0	0	0	0
	人数（人）	1	0	0	0	0	0



（３）認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

認知症の高齢者が利用する小規模の通所介護サービスです。

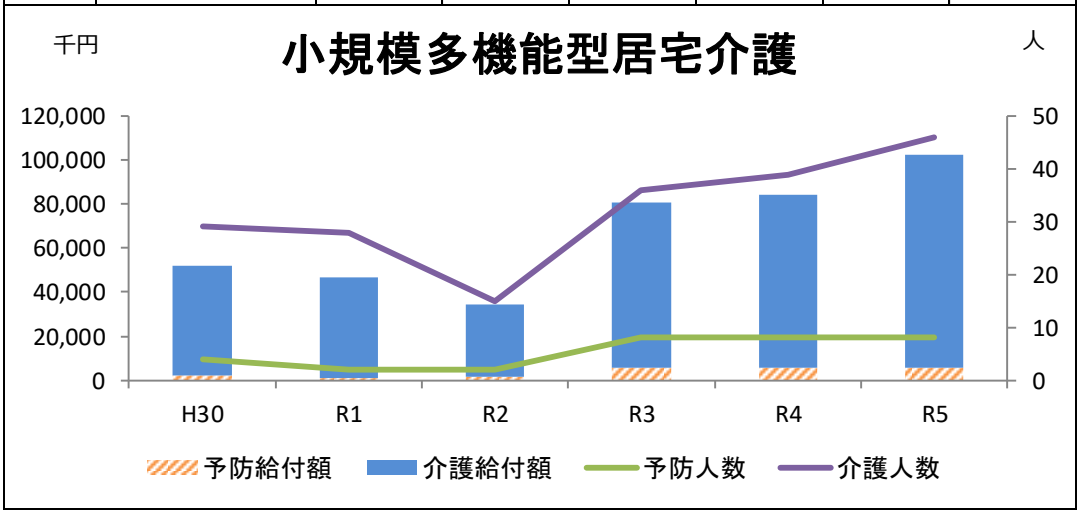
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	6,214	6,357	4,076	7,118	7,918	8,714
	人数（人）	9	12	6	6	7	8
予防給付	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0



（４）小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

中重度の要介護者になっても、在宅での生活を継続できるように支援する小規模の施設で、通所を中心に訪問や泊まりを組み合わせて、在宅での生活支援や機能訓練を行うサービスです。

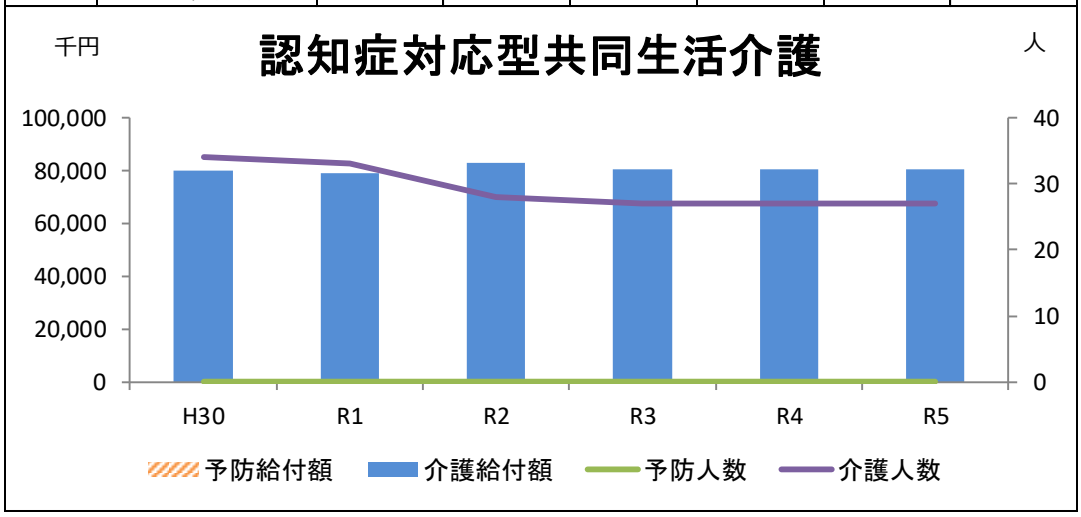
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	49,399	46,229	32,739	74,695	78,511	96,311
	人数（人）	29	28	15	36	39	46
予防給付	給付費（千円）	2,408	730	1,472	5,923	5,926	5,926
	人数（人）	4	2	2	8	8	8



（５）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

認知症高齢者が共同生活住居で、家庭的な環境のもとで日常生活の世話や機能訓練などを行うことにより、自立した生活を送ることができるサービスです。

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	79,979	79,201	82,834	80,483	80,527	80,527
	人数（人）	34	33	28	27	27	27
予防給付	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0



（６）地域密着型特定施設入居者生活介護

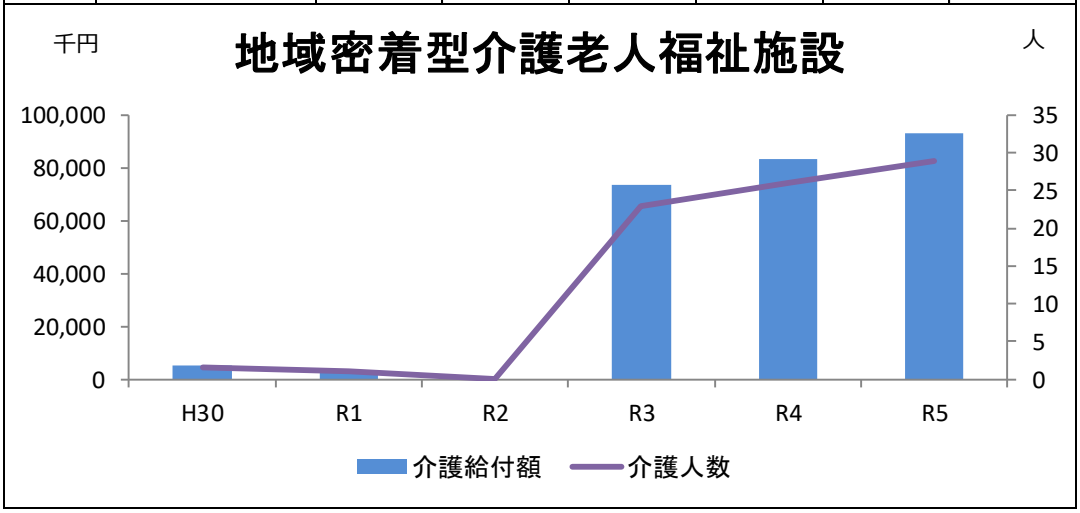
地域密着型特定施設での入浴・排せつ・食事などの介護など、日常生活上のお世話や機能訓練を行うサービスです。

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0

（７）地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

定員 29 人までの小規模な介護老人福祉施設で、入浴・排せつ・食事などの介護など日常生活上のお世話や機能訓練を行うサービスです。

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	5,165	3,206	0	73,765	83,462	93,158
	人数（人）	2	1	0	23	26	29



（８）看護小規模多機能型居宅介護

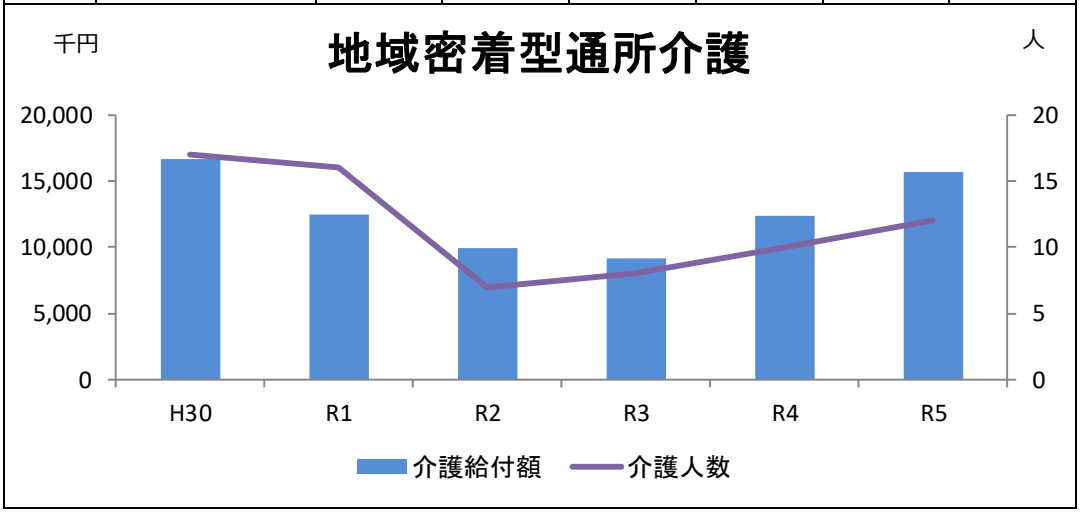
可能な限り自立した日常生活を送ることができるように、施設への「通い」や短期間の「泊まり」や「訪問」の３種類のサービスに加えて、看護師などによる「訪問看護」を組み合わせて、介護と看護の一体的サービスの提供を受けることができるサービスです。

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0

（９）地域密着型通所介護

定員 18 人以下の小規模の通所介護施設に通って、食事・入浴などの日常生活上の支援や生活機能向上のための機能訓練を行うサービスです。

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	16,643	12,520	9,984	9,154	12,421	15,684
	人数（人）	17	16	7	8	10	12



３　施設サービス

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

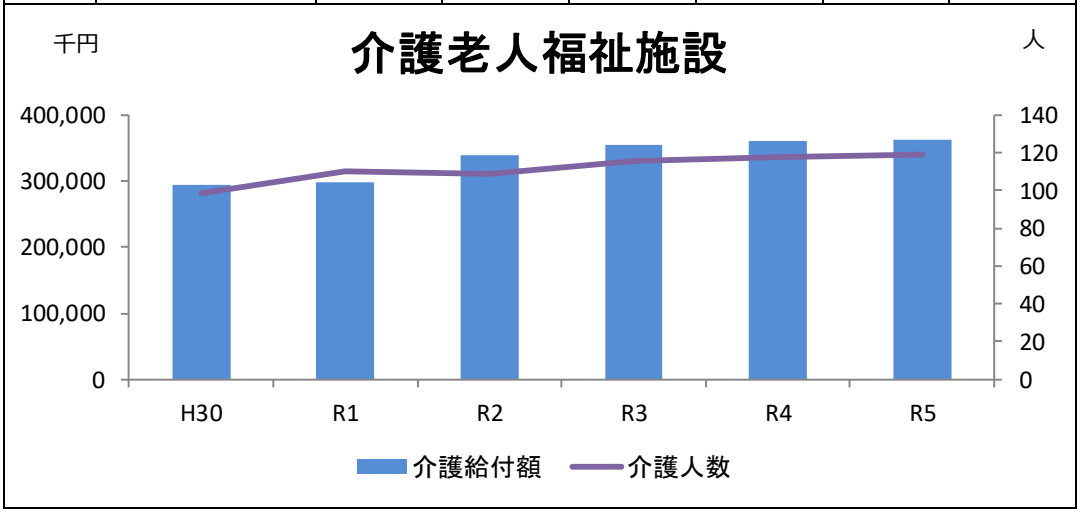
また、特別養護老人ホームの新規入所者については、中重度者への重点化が求められており、入所を原則要介護３以上とし、要介護１・２は特例的な対応が必要な場合に限るとされています。そのため、施設入所者の対応については、国の指針などに基づき、公平公正な判定を行うとともに、引き続き既存の施設利用者の重度化予防にも取り組んでいきます。

なお、医療ニーズの高い中重度要介護の増大や慢性疾患、認知症を有する高齢者の増加が見込まれる中で、介護療養型医療施設が担う、要介護高齢者の看取りやターミナルケアを中心とした長期療養といった機能が今後ますます重要になると考えられることから、介護療養型医療施設から介護医療院への転換に伴う施設サービス量の見込みについては、令和６年３月に経過措置期間の期限を迎えるにあたり、政策方針を維持しつつ、国の動向や転換意向に基づいた柔軟な対応を行うこととします。

（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方が入所し、食事・入浴・排せつなどの介助、機能訓練、健康管理などを行う施設サービスです。

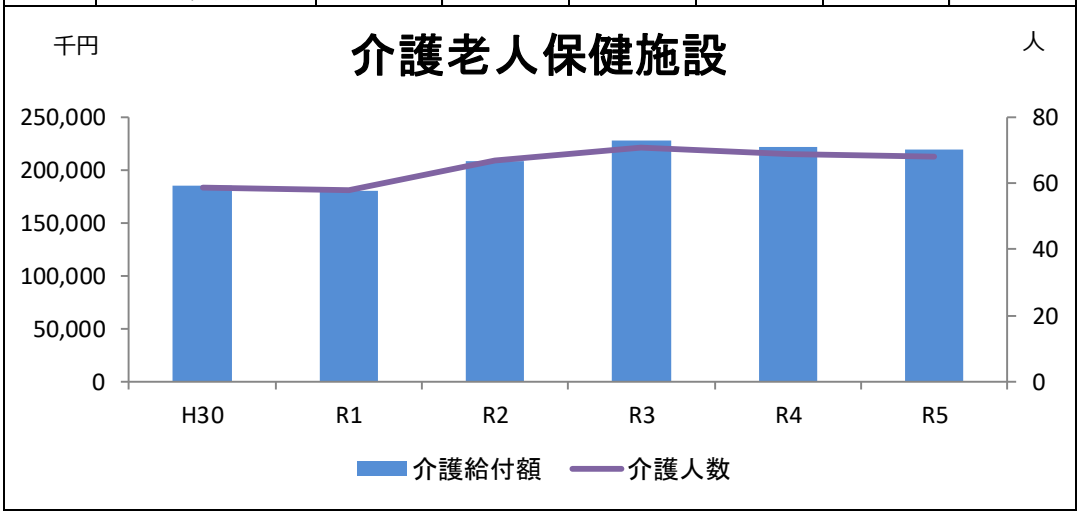
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	294,754	298,065	340,075	354,582	359,981	362,789
	人数（人）	98	110	109	116	118	119



（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方が入所し、医学的な管理のもとでの介護、機能訓練、日常生活の介助などを行う施設サービスです。

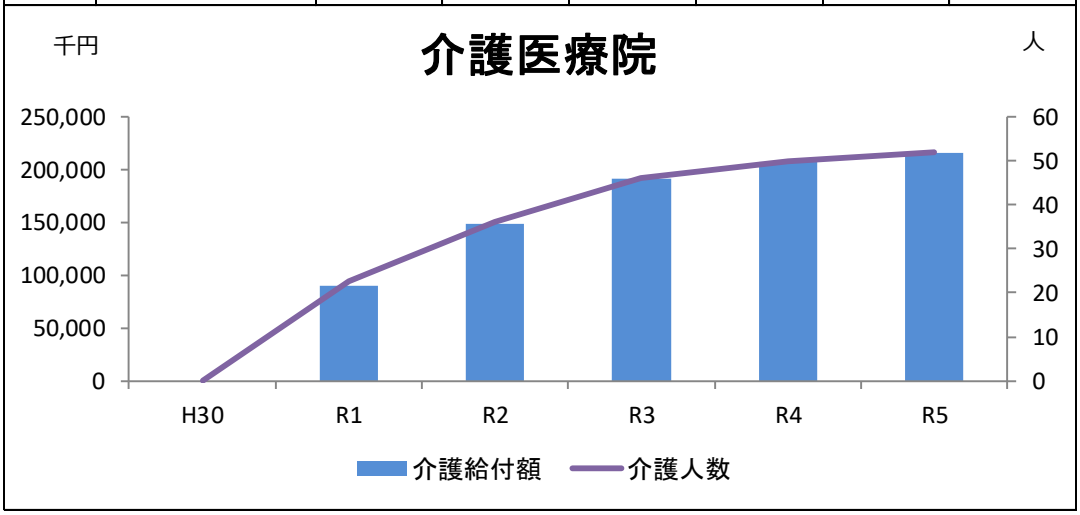
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	184,904	180,251	208,782	228,367	221,892	218,953
	人数（人）	59	58	67	71	69	68



（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、長期入院をする方に向けた施設サービスです。

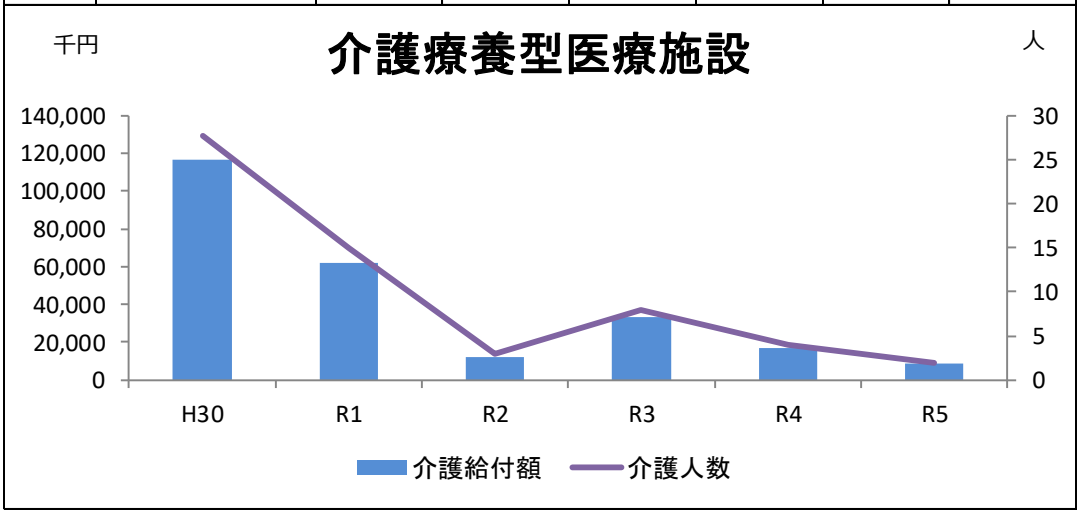
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	0	90,238	148,518	191,071	207,664	216,198
	人数（人）	0	23	36	46	50	52



（４）介護療養型医療施設

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

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	116,437	61,737	12,251	33,597	16,962	8,481
	人数（人）	28	15	3	8	4	2



４　入所系サービスの必要利用定員総数について

第８期介護保険事業計画において定める本町内の施設について新規整備は予定しておらず、今後３年間の利用定員総数は、以下のとおりとします。

（１）認知症対応型共同生活介護

	令和２年度	令和３年度	令和４年度	令和５年度
新規整備数	0	0	0	0
整備総数	2	2	2	2
定員総数	27	27	27	27

（２）地域密着型特定施設入居者生活介護

	令和２年度	令和３年度	令和４年度	令和５年度
新規整備数	0	0	0	0
整備総数	0	0	0	0
定員総数	0	0	0	0

（３）地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

	令和２年度	令和３年度	令和４年度	令和５年度
新規整備数	1	0	0	0
整備総数	1	1	1	1
定員総数	29	29	29	29

第３章　介護保険事業に係る費用と保険料の算出

第１節　介護保険事業費の算出

１　事業費算出の流れ

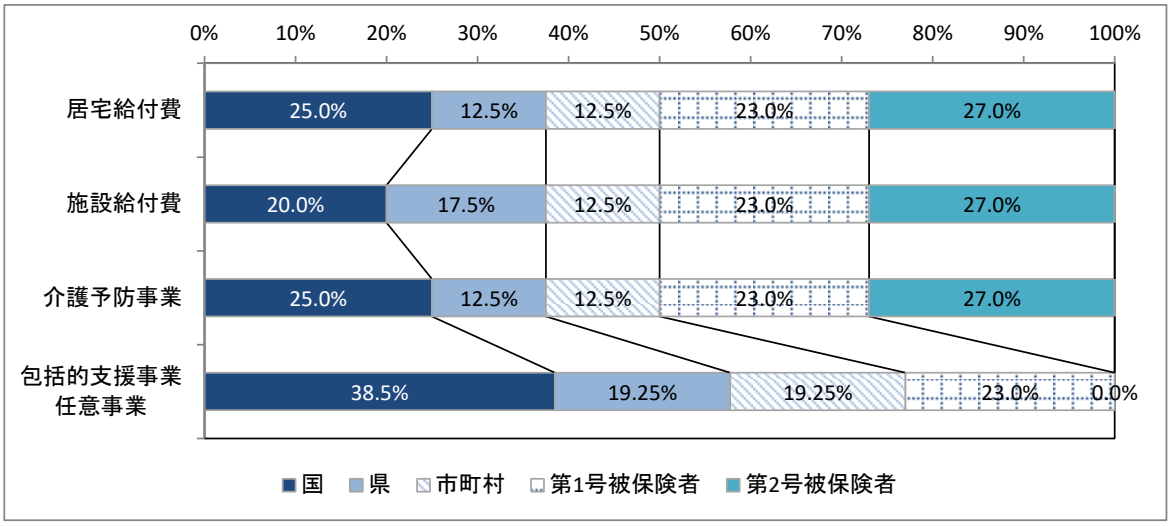
介護保険事業費及び第１号被保険者保険料は、計画期間（令和３～５年度）における第１号被保険者数及び要介護（支援）認定者数の見込み、さらに、介護保険サービス及び地域支援事業に係る費用見込みなどをもとに算定します。

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

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

本計画期間については、第１号被保険者の保険料負担割合は 23.0％に据え置きされます。

	国	県	市町村	第１号 被保険者	第２号 被保険者
居宅給付費	25.0%	12.5%	12.5%	23.0%	27.0%
施設給付費	20.0%	17.5%	12.5%	23.0%	27.0%
介護予防事業	25.0%	12.5%	12.5%	23.0%	27.0%
包括的支援事業・任意事業	38.5%	19.25%	19.25%	23.0%	－



２　事業費の見込み

（１）予防給付費

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

単位：千円

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
(1)介護予防サービス	36,208	37,189	37,965
介護予防訪問介護	0	0	0
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	10,242	11,024	11,800
介護予防訪問リハビリテーション	4,112	4,114	4,114
介護予防居宅療養管理指導	254	254	254
介護予防通所介護	0	0	0
介護予防通所リハビリテーション	13,093	13,100	13,100
介護予防短期入所生活介護	2,155	2,156	2,156
介護予防短期入所療養介護(老健)	456	456	456
介護予防短期入所療養介護(病院等)	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	3,192	3,381	3,381
特定介護予防福祉用具購入費	238	238	238
介護予防住宅改修	2,466	2,466	2,466
介護予防特定施設入居者生活介護	0	0	0
(2)地域密着型介護予防サービス	5,923	5,926	5,926
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	5,923	5,926	5,926
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	5,413	5,523	5,630
合計	47,544	48,638	49,521

（２）介護給付費

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

単位：千円

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
(1)居宅サービス	710,275	737,925	768,081
訪問介護	116,396	121,729	128,118
訪問入浴介護	977	1,641	2,305
訪問看護	38,974	41,349	43,702
訪問リハビリテーション	1,690	1,691	1,691
居宅療養管理指導	8,997	9,553	10,104
通所介護	254,762	267,699	280,494
通所リハビリテーション	108,899	110,672	112,383
短期入所生活介護	71,739	73,294	74,809
短期入所療養介護(老健)	4,255	5,827	7,396
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)	1,386	1,387	1,387
福祉用具貸与	32,074	31,915	33,919
特定福祉用具購入費	919	919	919
住宅改修費	4,037	4,643	5,248
特定施設入居者生活介護	65,170	65,606	65,606
(2)地域密着型サービス	246,022	263,646	295,201
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	807	807	807
夜間対応型訪問介護	0	0	0
認知症対応型通所介護	7,118	7,918	8,714
小規模多機能型居宅介護	74,695	78,511	96,311
認知症対応型共同生活介護	80,483	80,527	80,527
特定施設入居者生活介護	0	0	0
介護老人福祉施設入所者生活介護	73,765	83,462	93,158
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0
地域密着型通所介護	9,154	12,421	15,684
(3)施設サービス	807,617	806,499	806,421
介護老人福祉施設	354,582	359,981	362,789
介護老人保健施設	228,367	221,892	218,953
介護医療院	191,071	207,664	216,198
介護療養型医療施設	33,597	16,962	8,481
(4)居宅介護支援	65,283	64,711	67,968
合計	1,829,197	1,872,781	1,937,671

3　その他の給付等の見込み

（１）標準給付費

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
総給付費（円）	1,876,741,000	1,921,419,000	1,987,192,000
特定入所者介護サービス費等給付額（円）	60,329,457	57,162,381	57,318,743
高額介護サービス費等給付額（円）	40,848,898	41,241,134	41,090,068
高額医療合算介護サービス費等給付額（円）	3,015,920	3,015,920	3,015,920
算定対象審査支払手数料（円）	1,717,310	1,746,710	1,730,400
標準給付費見込額（円）	1,982,652,585	2,024,585,145	2,090,347,131

（２）地域支援事業費

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護予防・日常生活支援総合事業費	73,866,001	74,999,997	75,499,998
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	23,434,999	23,541,860	23,921,257
包括的支援事業（社会保障充実分）	9,438,000	9,499,998	9,699,998
地域支援事業費（円）	106,739,000	108,041,855	109,121,253

（３）財政安定化基金

	R3～5
財政安定化基金拠出金（円）	0
財政安定化基金拠出率（%）	0
財政安定化基金償還金（円）	0

（４）準備基金の残高と取崩額

	R3～5
準備基金の残高（令和2年度末）（円）	231,500,000
準備基金取崩額（第8期）（円）	150,000,000

（５）市町村特別給付費等

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
市町村特別給付費等（円）	0	0	0

（６）予定保険料収納率

	R3～5
予定保険料収納率（%）	96.6%

第２節　介護保険料の算出

１　所得段階に応じた負担

第１号被保険者の保険料については、第１号被保険者・要介護認定者数の見込み、標準給付費及び地域支援事業費の推計、国が示す保険料算定に必要な係数などを基に設定しますが、所得段階に応じて異なります。

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	構成比
第1段階	1,116	1,114	1,110	19.2%
第2段階	694	693	690	11.9%
第3段階	545	544	542	9.4%
第4段階	634	633	631	10.9%
第5段階	890	888	885	15.3%
第6段階	907	905	902	15.6%
第7段階	592	591	589	10.2%
第8段階	228	228	227	3.9%
第9段階	206	206	204	3.6%
合計	5,812	5,802	5,780	100.0%

各段階における保険料負担割合の概要は以下のとおりとなります。

	該当条件	基準額に対する割合
第 1 段階	生活保護世帯者、世帯全員が住民税非課税の老齢福祉年金受給者 世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円以下	0.50
第 2 段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円超 120 万円以下	0.75
第 3 段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入 120 万円超	0.75
第 4 段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人が住民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円以下	0.90
第 5 段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人が住民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円超	1.00　基準
第 6 段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額 120 万円未満	1.20
第 7 段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額 120 万円以上 210 万円未満	1.30
第 8 段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額 210 万円以上 320 万円未満	1.50
第 9 段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額 320 万円以上	1.70

２　第１号被保険者の介護保険料基準額の算出

第１号被保険者の介護保険料基準額

単位：円

標準給付費見込額	6,097,584,861
＋	
地域支援事業費	323,902,108
＝	
介護保険事業費見込額	6,421,486,969
×	
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	1,476,942,003
＋	
調整交付金相当額	316,097,543
－	
調整交付金見込額	422,407,000
＋	
財政安定化基金償還金	0
－	
財政安定化基金取崩による交付額	0
－	
準備基金取崩額	150,000,000
＋	
市町村特別給付費等	0
＝	
保険料収納必要額	1,220,632,546
÷	
予定保険料収納率	96.6%
÷	
所得段階別加入割合補正後第1号被保険者数（3年間）	16,454
＝	
年額保険料	76,802
÷	
12 か月	
＝	
月額保険料（基準額）	6,400
（参考）**前期の**月額保険料（基準額）	6,400

３　保険料額の設定

第１号被保険者の介護保険料基準額に対して、準備基金を取り崩し、保険料に充当することにより、介護保険料基準月額を設定し、さらに所得段階に応じた保険料設定を以下の通り行います。

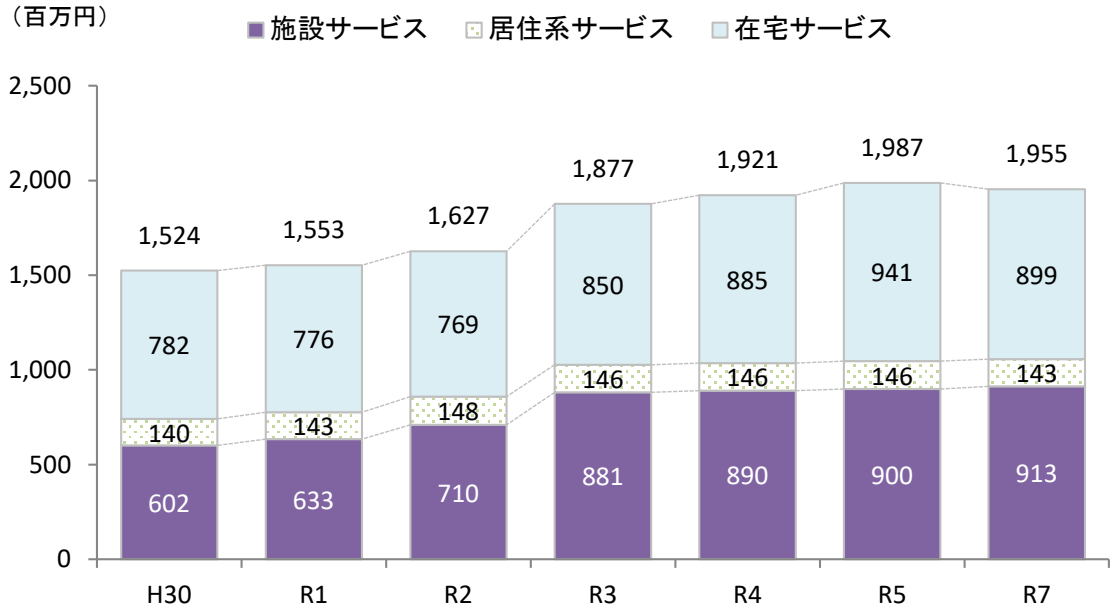
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	負担割合
第１段階	1,920円	1,920円	1,920円	0.50 ⇒ 0.30
第２段階	3,200円	3,200円	3,200円	0.75 ⇒ 0.50
第３段階	4,480円	4,480円	4,480円	0.75 ⇒ 0.70
第４段階	5,760円	5,760円	5,760円	0.90
第５段階	6,400円	6,400円	6,400円	1.00
第６段階	7,680円	7,680円	7,680円	1.20
第７段階	8,320円	8,320円	8,320円	1.30
第８段階	9,600円	9,600円	9,600円	1.50
第９段階	10,880円	10,880円	10,880円	1.70

※なお、令和元年 10 月の消費税率 10%への引き上げに合わせて、第７期より非課税世帯の保険料率を軽減して算定しています。

第３節　2025 年のサービス水準等の推計

１　2025 年のサービス水準等の推計

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



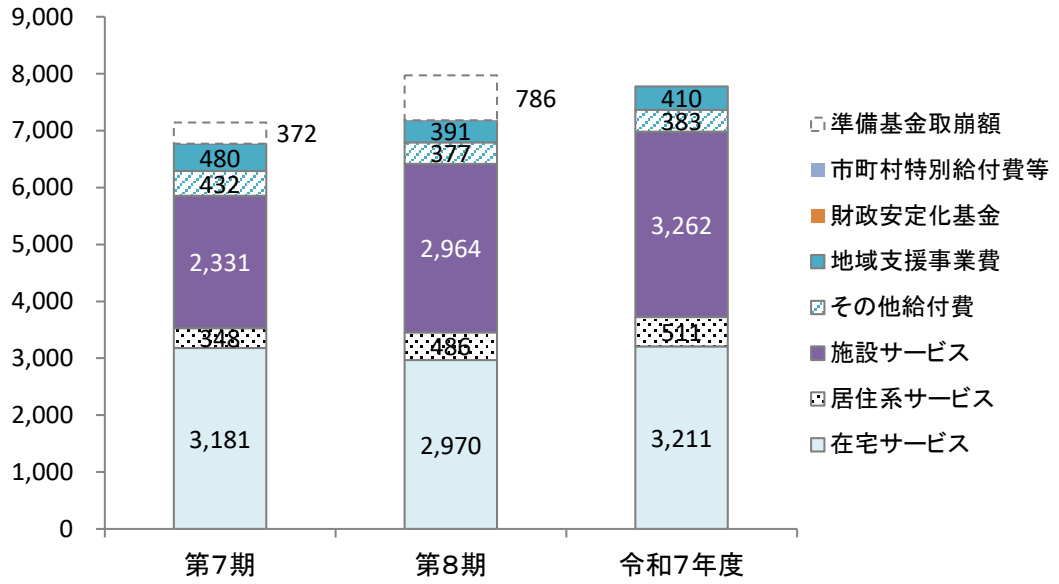
単位：円

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
総給付費	1,876,741	1,921,419	1,987,192
在宅サービス	849,706	885,325	941,480
居住系サービス	145,653	146,133	146,133
施設サービス	881,382	889,961	899,579

2　介護保険料基準額の経年変化

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

なお、ここで示す月額保険料については、現時点で国が示した見える化システムを基に算出したものとなります。



	第7期		第8期		令和7年度	
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
総給付費	5,859	86.5%	6,420	89.3%	6,984	89.8%
在宅サービス	3,181	47.0%	2,970	41.3%	3,211	41.3%
居住系サービス	348	5.1%	486	6.8%	511	6.6%
施設サービス	2,331	34.4%	2,964	41.2%	3,262	41.9%
その他給付費	432	6.4%	377	5.2%	383	4.9%
地域支援事業費	480	7.1%	391	5.4%	410	5.3%
財政安定化基金	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
市町村特別給付費等	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
保険料収納必要額	6,771	100.0%	7,187	100.0%	7,777	100.0%
準備基金取崩額	372	5.5%	786	10.9%	0	0.0%
保険料基準額	6,400	94.5%	6,400	89.1%	7,777	100.0%

第４章　計画の推進

第１節　計画推進に向けた体制の拡充

１　計画の推進に向けた連携

本計画は、高齢者自らが健康の保持増進に努め、高齢となっても介護予防に取り組むことにより活動的な生活を送り、また介護を必要とすることになっても様々な地域の支え合いの中で、住み慣れた地域で安心できる自立した尊厳ある暮らしを継続していくことを目指した計画です。

その実現に向けて、関係機関や保健・介護・福祉に関与する人々の力を結集することが必要不可欠となります。そのため、関係機関の連携によって、各部門の課題などの情報共有を図りながら、各種事業を計画的・総合的に展開し、計画の円滑な推進を図ります。

また、関係機関として、地域福祉の中心的な役割を担う本町と社会福祉協議会及び地域包括支援センターとが一体となって情報を共有し、必要な取り組みなどを展開しながら、地域の特性に合った体制づくりに努めます。

地域の見守り活動の中心となる民生委員や福祉協力員については、高齢者に関する情報や各種サービスの状況など、地域福祉にかかる情報を提供しながら理解を進め、地域における福祉活動や予防活動のキーパーソンとして推進体制を構築していきます。

２　介護サービス事業者への支援による体制拡充

高齢者のニーズに柔軟に対応するため、介護サービスを提供する事業者が、地域包括支援センターを中心としてその他医療機関などと連携し、サービスの質の向上を図るよう努めます。

また、介護予防・日常生活支援総合事業の開始に伴い、多様な主体の参画が求められてくることから、町内外の事業所・ＮＰＯ・ボランティア団体などの情報を収集し、本町福祉事業への参入を促すことで、新たなサービス提供体制の整備を図ります。

第２節　計画の推進に向けた町民参画の推進

１　推進体制の整備

本町において高齢者保健福祉施策を推進するにあたり、計画が確実に達成できるよう、各事業担当課を中心に社会福祉法人や民間団体などの事業者・医療機関と協力し事業運営・サービス提供の効率化に努めます。そのため、地域包括支援センターを中心に、関係機関・団体間などの連携を重視して施策の進行状況を把握できる包括的組織体制整備を推進し、計画の総合的な促進を図ります。

２　住民参加の促進

高齢者が質の高いサービスを受けるためには、高齢者をとりまく環境整備が大切です。そのためには、高齢者が安心してサービスを受けられるように住民間のつながりを強力にし、高齢者を社会全体で支え合う仕組みを確立することが必要です。

住民と高齢者とのネットワーク形成のため、住民のボランティア育成やボランティア活動参加啓発、地域福祉推進の啓発を促進し、計画に規定するサービス推進につながるよう努めます。

３　計画の広報

本計画を推進するためには町民の協力が不可欠であり、計画内容を町民の方々にも理解してもらう必要があります。したがって、計画内容を町の広報誌などに掲載し、広く周知を図ることが重要です。高齢者が計画内容を理解できるよう、各事業提供者や町民ボランティア、地域の民生委員などがより多くの高齢者とふれあう機会をつくり広報に努めるとともに、40 歳～65 歳未満の２号被保険者への広報にも努めます。

合わせて、町民一人ひとりが生涯を通じて元気で自立した生活を送り、心身ともにいつまでも健康でいられるよう、健康づくりや意識的な介護予防への取り組みを日常的に行うことができるよう情報発信に努めます。

第３部　資料編

1　御船町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定委員会名簿

	委　員　名	役　職　など	区　分	
1	佐藤　智子	民生委員児童委員協議会会長	被保険者代表	新任
2	山﨑　雅之	社会福祉法人御陽会 障がい者総合支援センターヴィラささゆ 施設長	被保険者代表	再任
3	川地　俊晴	老人クラブ連合会会長	被保険者代表	新任
4	宮村　達子	介護予防・生活支援サポーター	被保険者代表	新任
5	本田　美子	介護相談員	被保険者代表	新任
6	重松　節美	熊本県看護連盟顧問	医療関係者	再任
7	今吉　光弘	熊本学園大学非常勤講師	学識経験者	再任
8	川越　昭宏	御船清流園事務長	福祉関係者	再任
9	坂本　祐二	グリーンヒルみふね統括部長	福祉関係者	再任
10	上村　良親	御船町社会福祉協議会事務局長	福祉関係者	再任

２　用語集

1．アウトリーチ
　支援が必要であるにもかかわらず、届いていない人に対し、行政や支援機関などが積極的に働きかけて情報や支援を届けるプロセス。

2．キャラバン･メイト
　キャラバンメイト養成研修を受講終了した人で、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、講師を務める人。

3．居宅介護支援事業所
　要介護認定など、各種申請や介護サービスを利用する際に、窓口となる事業所で、ケアプランを作成し、適切なサービスが受けられるように、提供事業者と連絡・調整を行う機関。

4．ケアマネジメント(居宅介護支援)
　要支援・要介護者などが自立した日常生活を営むために必要なサービスを利用できるように、予防給付・介護サービス計画（ケアプラン）を作成し、その計画に基づくサービスが適切に行われるようにサービス提供者などとの連絡調整を行うこと。

5．ケアマネジャー(介護支援専門員)
　要介護者などからの相談に応じて、適切な介護保険サービスを受けられるよう事業者などとの連絡調整を行い、ケアプランを作成する専門的な知識・技術を有する人。

6．高額医療合算介護サービス費など給付額
　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制度。

7．高額介護サービス費
　所得が一定以下の介護サービス利用者に対して、サービス利用料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制度。

8．参酌標準（37%枠）
　介護保険３施設及び介護専用の居住系サービスの適正な整備を「要介護度２～５の認定者数」に対する「施設・居住系サービス利用者数」を 37%以内にするという、サービスの量の見込みを定めるに当たって参酌すべき標準。地方分権の趣旨などを踏まえ、より地域において、その実情に応じた基本整備が責任を持って行えるように撤廃された。

9．自助･互助･共助･公助
　自助とは、自分で自分を助けること。
　互助とは、家族や友人・仲間など、個人的な関係性を持つ人間同士が助け合い、生活課題をお互いが解決し合うこと。
　共助とは、制度化された相互扶助のこと。（医療保険や介護保険など）
　公助とは、最終的に必要な生活保障を公の負担で行う社会福祉制度のこと。

10. 社会福祉士

1987 年に制定された社会福祉士及び介護福祉士法によって創設された福祉専門職。専門知識と技術を用いて、身体的・精神的障がいまたは環境上の理由で日常生活を営むことに支障がある人に対し、福祉に関する相談・助言・指導その他の援助を行う。

11. 生活機能評価

65 歳以上の高齢者（要介護認定を受けている人を除く）を対象として、運動機能の低下や低栄養などの加齢に伴う生活機能の低下をいち早く発見するための健診方法。

12. 成年後見制度

病気や障がいのため判断能力が著しく低下することにより、財産管理や契約、遺産分割などの法律行為を自分で行うことが困難であったり、悪徳商法などの被害にあったりするおそれのある人を保護し、支援する制度。家庭裁判所により選任された後見人などが本人の意思を尊重し、法律行為の同意や代行などを行う。

13. 総合事業（介護予防･日常生活支援総合事業）

総合事業は、2015 年の介護保険改正により介護保険から切り離された要支援の介護予防給付の一部（訪問介護と通所介護）に、従来の市区町村で行われていた介護予防事業が合体して編成し直され、新しく生まれた制度。

総合事業では、介護サービス事業者によるこれまでと同様の介護予防サービスに加え、NPO や民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体がサービスを提供していくのが大きなポイントである。従来の介護サービスだけでは支えきれなかった高齢者にもサービスを利用してもらうことで、なるべく介護を必要としない暮らしを続けられるようにすることが目的。

14. ダブルケア

育児と介護や介護と孫支援など、少子化・高齢化におけるケアの複合化・多重化の問題の概念。

15. 地域支援事業

高齢者が要介護状態などになることを予防し、たとえ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ための事業。

16. 地域包括ケア

高齢者が介護や支援を必要とする状態になっても、住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう、地域全体で支えていく体制。

17. 日本老年学的評価研究機構

「JAGES」と略され、超高齢社会を迎えた日本において、元気で健康な暮らしの為に、介護予防や健康の社会的決定要因などをキーワードに研究を進め、学術的な立場から健康長寿社会づくりに寄与することをめざしている一般社団法人。御船町も、2013 年に「健康とくらしの調査」を実施している。

18. 認知症

脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度までに記憶機能及びその他の認知機能が低下する病気。

19. 認知症サポーター

認知症サポーター養成講座を受講し、認知症に対する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人やその家族に対してできる範囲で活動する人。

20. 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。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。

21. ハイリスクアプローチ

健康障害を引き起こす可能性のある集団の中から、より高いリスクをもっている人に対して働きかけ病気を予防すること。

22. 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。

23. フレイル

加齢に伴い生じる可逆的な身体の衰弱を意味する言葉。いわゆる「老衰」による虚弱であるが、しかるべき処置により予防や回復が見込めるという意味合いを特に含む概念。

24. フレイルリスク

将来において、フレイル（加齢に伴い生じる可逆的な身体の衰弱）が生じる可能性のこと。

25. ポピュレーションアプローチ

まだ高リスクを抱えていない集団に働きかけ、集団全体がリスクを軽減したり病気を予防したりできるようにすること。

26. 御船町生活たすくるサービス事業

御船町独自のサービスで、掃除や買い物、季節物の準備などのお手伝いサービスのこと。養成講座を受けた「たすくるメイト」が伺う。

27. ユニバーサルデザイン

高齢者や障がい者、子どもなど、すべての人にとって使いやすいよう製品、環境、情報などをデザインするという考え方。

28. 要介護（1～5）

介護保険を利用するため、介護状態を判別した指標。介護の必要な数量を区分したもの。①要介護状態にある 65 歳以上の人。②要介護状態にある 40 歳以上 65 歳未満の人で、その原因である身体上や精神上の障がいが特定疾病によって生じた人。

29. 要支援（1～2）

介護保険を利用するため、介護状態を判別した指標。介護の必要な数量を区分したもの。①要介護状態となるおそれがある状態にある 65 歳以上の人。②要介護状態となるおそれがある状態にある 40 歳以上 65 歳未満の人で、その原因である身体上や精神上の障がいが特定疾病によって生じた人。

30. ロコモティブシンドローム

日本整形外科学会が、2007 年（平成 19 年）に、新たに提唱した運動器症候群と呼ばれる運動器自体の疾患を有することや、加齢による運動器機能不全を指し、ねたきりや要介護の主要な原因とされる。

31. ｅラーニング

ｅラーニングとは、インターネットを活用した学習方法のこと。

32. IADL

「手段的日常生活動作」とも呼ばれ、日常生活の基本的な動作の中でも、より高度な運動や記憶力を必要とされる動作について、どれだけ独力でできるかを図るための指標。

33. KPI

「Key Performance Indicators」を略したもので、訳すと「重要業績評価指標」となる。重要な業績を評価するための指数のこと。

御船町高齢者保健福祉計画・
第８期介護保険事業計画

令和３年３月

発行　御船町　福祉課

〒861-3296
熊本県上益城郡御船町大字御船995番地1
ＴＥＬ 096-282-1111（代表）
ＦＡＸ 096-282-2803（代表）
https://www.town.mifune.kumamoto.jp

協力　くまもと健康支援研究所

御船町高齢者保健福祉計画　第8期介護保険事業計画

御船町　福祉課　介護保険係