

第9期嘉島町
高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画

令和6年3月
嘉島町

目 次

第1章 計画策定にあたって	1
1 計画策定の背景	1
2 計画の位置づけ	2
3 日常生活圏域の設定	4
4 計画の策定体制	5
5 介護保険制度改正のポイント	6
第2章 嘉島町における高齢者を取り巻く現状	8
1 高齢者を取り巻く現状	8
2 アンケート調査結果の概要	15
第3章 計画の基本方針	24
1 基本理念	24
2 基本目標	24
3 重点取組の設定	25
4 施策の体系	29
第4章 施策の展開	30
基本目標1 生涯現役を目指した健康づくり、自立支援、介護予防・重度化防止の推進	30
基本目標2 高齢者も地域の一員として支え合う地域共生社会の実現に向けた地域包括ケアシステム ^{※1} の深化・推進の取組	37
基本目標3 支援・介護が必要になっても、安心して地域で暮らせる体制の構築	43
基本目標4 持続可能な介護保険制度の円滑な運営	60
第5章 介護保険事業の運営	64
1 サービス見込み量の推計方法	64
2 介護保険サービスによる介護（予防）給付の将来推計	64
3 地域支援事業費の将来推計	79
4 総給付費及び介護保険料の算定について	81
第6章 計画の推進体制	90

1 □□□□の□□

わが国は総人口が減少し続ける一方、高齢者人口は増加しています。2023年（令和5年）10月1日現在の日本の総人口は1億2,434万人であり、そのうち65歳以上の高齢者は3,621万人、総人口に占める割合（高齢化率）は29.1%であるとされています。

介護保険制度は、高齢化の進行に伴う高齢者人口の増加や核家族化が進んだことによる家族の介護問題等を背景に、社会全体で高齢者の暮らしや健康、安全を保障するという理念の下、2000年（平成12年）に創設されました。

介護保険サービスは、時代の変化に合わせた制度改正が行われており、2011年（平成23年）の制度改正で「地域包括ケアシステムの推進」が掲げられ、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・生活支援を一体的に提供できる地域包括ケアシステムの構築が目指されてきました。

今後、2025年（令和7年）には団塊の世代が全員75歳以上になり、2040年（令和22年）には団塊ジュニア世代が65歳以上となることで、高齢者人口はピークを迎え、85歳以上人口が急増し、医療・介護双方のニーズを有する高齢者などの様々なニーズのある要介護高齢者が増加する一方、生産年齢人口が急減することが見込まれています。

要介護認定率の増加、介護給付費の急増、認知症高齢者の増加、介護人材の不足が発生すると考えられます。効率的かつ持続可能な保険制度の確保に向けた早急な対応が必要となっています。

こうした現状を踏まえ、嘉島町（以下「本町」という。）では、2021年（令和3年）3月に「第8期嘉島町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」（以下「第8期計画」という。）を策定し、「すべての高齢者が活力と生きがいを持って安心・健康に暮らせるまち」を基本理念に、「地域共生社会」の考え方を踏まえ、継続して地域包括ケアシステムの充実を進めるとともに、さらに現役世代が急減することが見込まれている2040年（令和22年）も念頭に置き、高齢者自身も役割や生きがいを持って住み慣れた地域で暮らせるまちづくりに向けて取り組んできました。

第9期嘉島町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（以下「本計画」という。）は、これまでの国・県や本町の状況や「地域共生社会」の考え方を踏まえ、本町に暮らす高齢者がそれぞれの住み慣れた地域において、自分らしく安心して暮らしていけるまちづくりを目指し、町民・事業者・行政が協働して高齢者福祉の充実に取り組んでいくための指針となる計画として策定するものです。

2 □□の□□づけ

(1) □□□の□□□び□□□との□□

① □□□の□□

本計画は、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の8の規定に基づく市町村老人福祉計画と介護保険法（平成9年法律第123号）第117条の規定に基づく市町村介護保険事業計画を一体的に策定し、高齢者保健福祉サービスと介護保険サービスを総合的に展開することを目指すものです。

<□□□□□□□□と□□□□□□□□の□□>

第9期嘉島町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画

高齢者保健福祉計画

高齢者保健福祉事業全般にわたり供給体制の確保に関して必要な事項を定める計画

介護保険事業計画

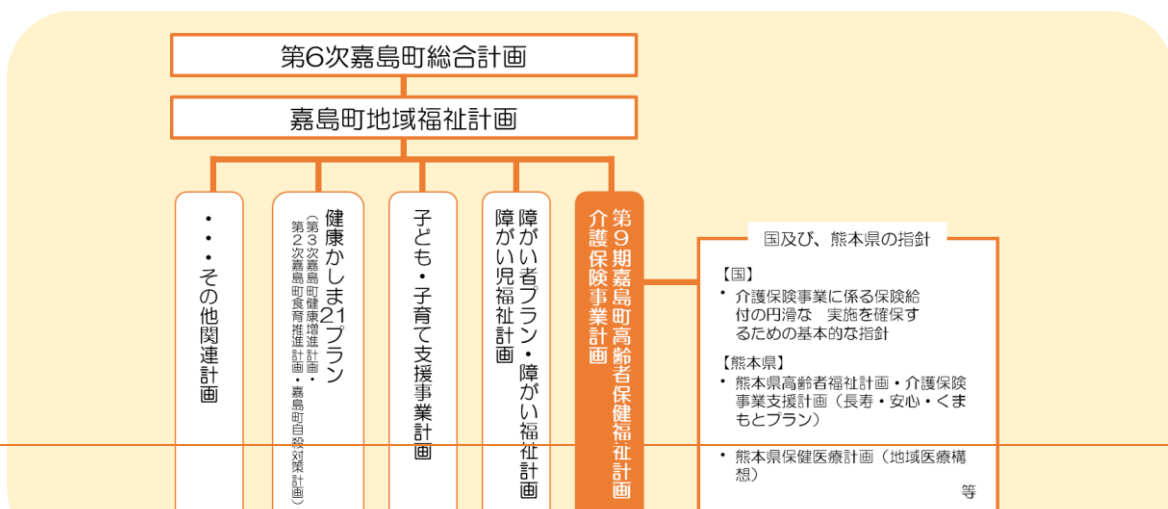
介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関して必要な事項を定める計画

② □□□との□□

本計画は、「嘉島町総合計画」の高齢者施策の部門別計画であり、「嘉島町地域福祉計画」等の関連する計画との整合を図り策定しています。

また、国の定める「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」、熊本県の「熊本県高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画」等、関連する国、県の指針を踏まえ、策定しています。

<□□□との□□>



(2) □□の□□

本計画は、2024 年度（令和6年度）を初年度とし、2026 年度（令和8年度）までの3年間で1期とする計画です。また、15 歳～64 歳の生産年齢人口が急減する2040 年度（令和22 年度）を見据え、地域包括ケアシステムの推進と持続可能なサービス基盤、人的基盤の整備を図ります。

<□□の□□>



3 □□□□□□の□□

「市町村介護保険事業計画」においては、住み慣れた地域での生活を継続できるようにするために、地理的条件、人口、交通事情、医療施設等を勘案して、「日常生活圏域」を設定する必要がありますが、本町では第9期についても第8期に引き続き、町全域を一体ととらえ1つの日常生活圏域を設定することとします。

4 □□の□□□□

(1) □□□□□、□□□による□□□□

本計画は、被保険者、保健、医療及び福祉関係者等で構成する嘉島町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定委員会において、介護保険サービスの利用量や施設の整備量及び、介護保険料の設定について、協議を行いました。

(2) アンケート□□の□□

計画を策定するにあたってアンケート調査を実施し、高齢者の生活実態や介護保険サービスの利用意向等についての現状と今後のニーズ等を把握しました。

① □□□□□□□□

在宅で要支援・要介護認定を受けている方101名を対象に、「高齢者等の適切な在宅生活の継続」や「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討することを目的として実施しました。

② □□□□□□□□□□□□□□ニ□ズ□□

65歳以上の要介護認定のない方800名を対象に、地域の抱える課題の特定(地域診断)に資することを目的として実施するもので、からだを動かすこと、毎日の生活、地域での活動、たすけあい、健康などに関する項目を調査しました。

(3) □□□□□□□□へのアンケートまたはヒアリングの□□

ケアマネジャーの方及び高齢者福祉に関わる事業所の方を対象にアンケートやヒアリングを行いました。

(4) パブリックコメントの□□

計画策定にあたり、広く住民からご意見をうかがうためにパブリックコメントを実施しました。

5 □□□□□□□□のポイント

1 □□

計画期間中の2025年(令和7年)に、団塊の世代が全員後期高齢者となります。また、2040年(令和22年)頃には団塊ジュニア世代が高齢者となり、高齢者人口がピークを迎えると推計されています。その一方で、生産年齢人口は急減されると見込まれており、人材の不足がより深刻になると考えられています。

高齢化進行状況や介護サービス基盤の整備状況は地域によって異なるため、それぞれの市町村が今後のニーズを見込んだ上で介護サービス基盤の整備を計画的に行う必要があります。また、地域の状況に応じた地域包括ケアシステムの深化や介護人材の確保等を行うため、優先度の高いものから取り組めるよう、介護保険事業計画に定めることが重要です。

2 □な□□□□

(1) □□サービス□□の□□な□□

①□□の□□に□じた□□サービス□□の□□

- ・中長期的な人口や介護ニーズを見込み、地域の実情に応じた介護サービス基盤を計画的に整備します。既存施設・事業所等の活用も検討します。
- ・医療と介護の両方を必要とする高齢者の増加に対応するため、医療と介護の連携を強化します。
- ・サービス提供事業者等の関係者と、介護サービス基盤の在り方について議論します。

②□□サービスの□□

- ・24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の地域密着型サービスや複合的な在宅サービス等を普及・整備します。

(2) □□□□ケアシステムの□□□□□□に□けた□□

①□□□□□□□□の□□

- ・地域の様々な主体が介護予防等の取組を実施できるよう、総合事業を充実します。
- ・地域包括支援センターの負担軽減を図るとともに、重層的支援体制整備事業による包括的な相談支援等を充実します。
- ・認知症についての啓発事業を推進し、認知症についての社会の理解を深めます。

②□□□□□□□□の□□を□□のためのデジタル□□を□□した□□□□□□□□□□の□□

③〇〇〇〇〇〇の〇〇

- 給付適正化事業の取組を充実し、内容の充実や見える化に努めます。

(3) 〇〇〇〇ケアシステムを〇える〇〇〇〇〇〇〇〇び〇〇〇〇の〇〇〇〇〇

- 介護人材確保に向け、処遇改善や育成支援、職場環境の改善、外国人材の活用等の取組を総合的に実施します。
- 都道府県主導で、介護現場の生産性向上を目的とした様々な施策を行います。
- 介護保険サービス事業者の財務状況等の見える化を進めます。

20 町における人口をめぐって

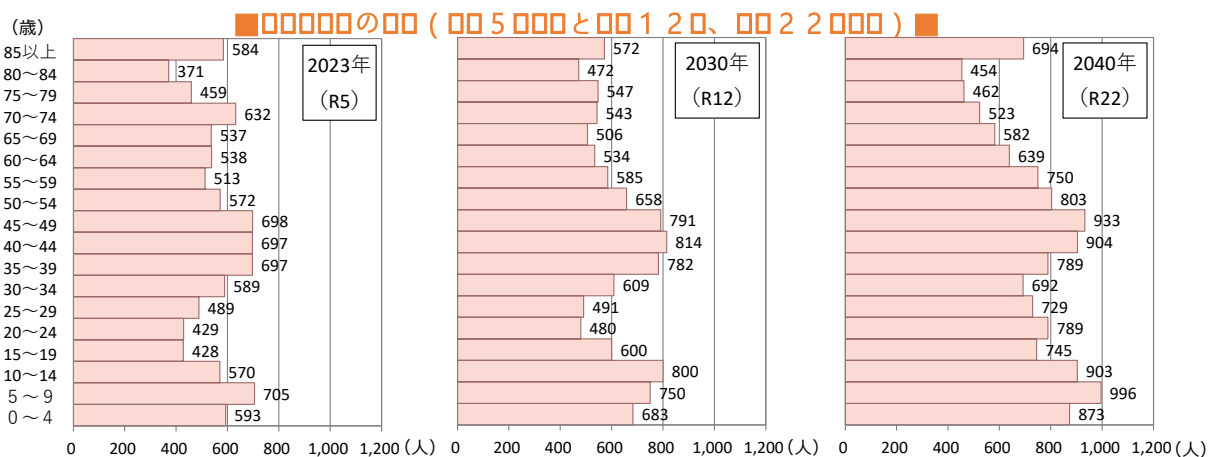
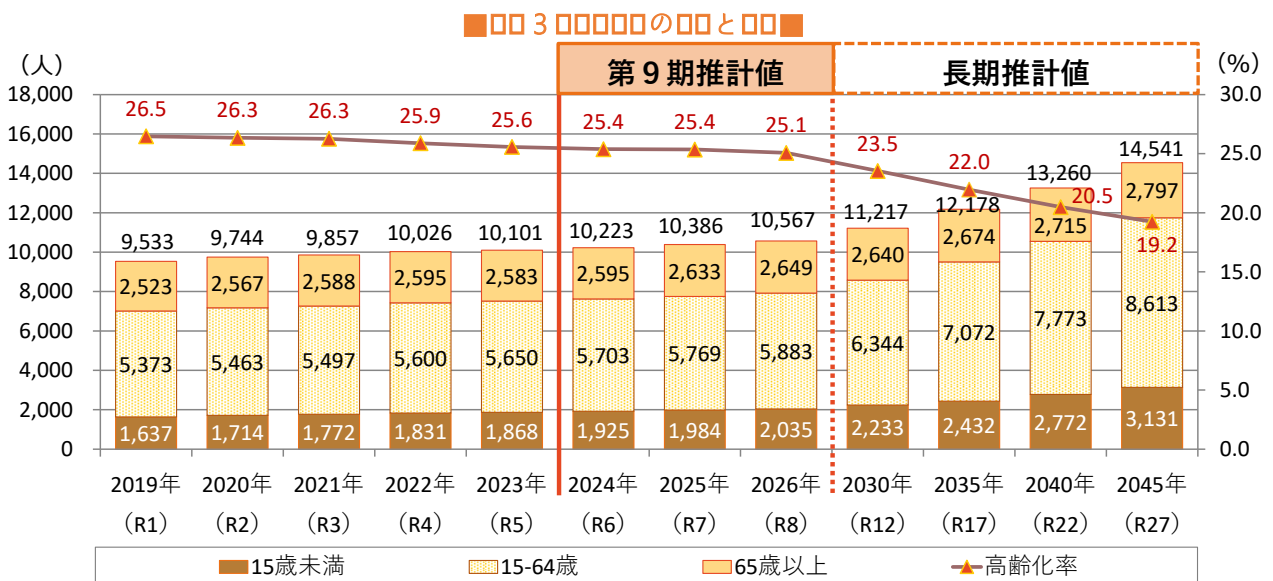
1 人口をめぐって

(1) 町の人口と高齢化

総人口は、2019年（令和元年）より年々増加しており、2023年（令和5年）には10,101人となっています。高齢化率は徐々に減少しており、2023年（令和5年）には25.6%となっています。

推計では、総人口の増加に伴い、高齢者人口も増加することが見込まれ、65歳以上の高齢者人口は2026年（令和8年）で2,649人、2040年（令和22年）には2,715人程度と見込まれます。

年齢別人口の推計で人口構造をみると、2040年（令和22年）の高齢者人口では、85歳以上が最も多くなると予測されます。



□□ : (□□□) □□□□□□ (□□10□1□□□、□□ 5 □ ≠ 4□1□□□)
(□□□) □□□□□□□□□□□□□□ (□□)

00 : 000「0000」

2 アンケート結果のまとめ

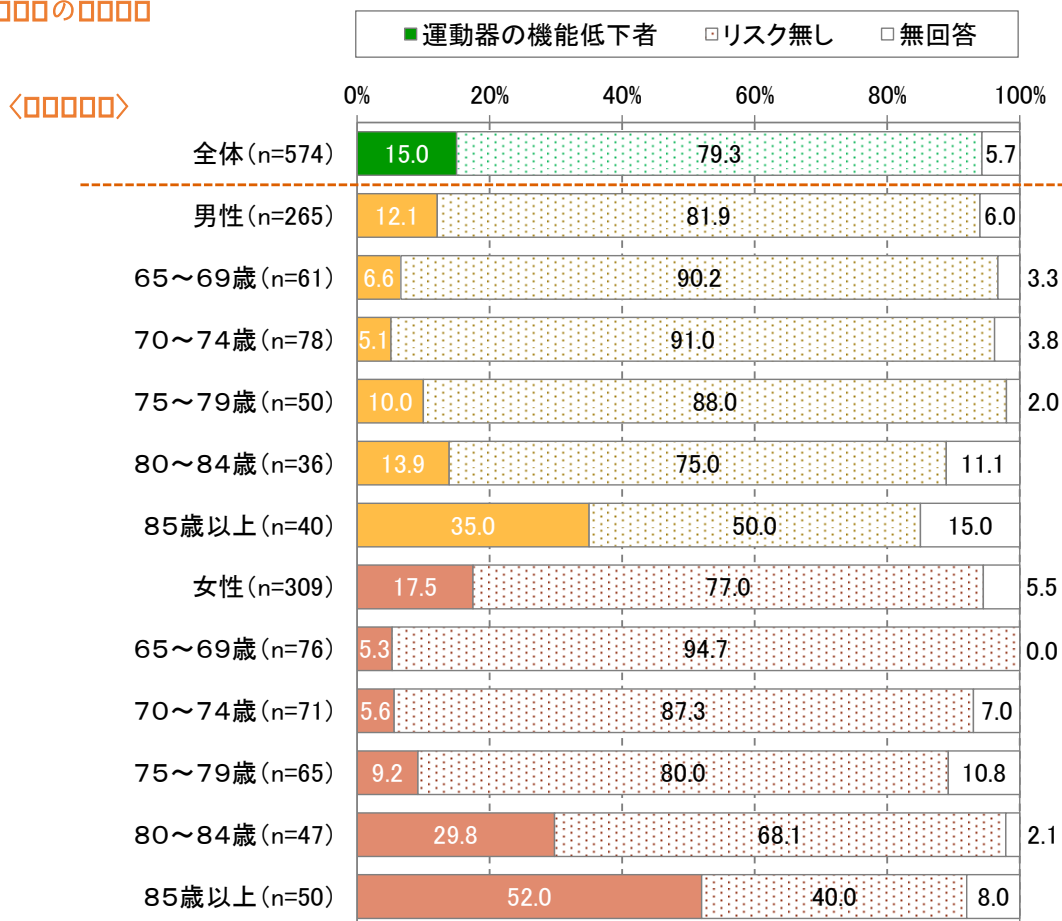
調査結果から、本町の高齢者を取り巻く主な課題をまとめると次の通りです。

図1 運動器の機能低下者の割合

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果をみると、「運動器の機能低下者」が15.0%、「閉じこもり傾向あり」が21.4%となっています。性・年齢別でみると、「運動器の機能低下者」「閉じこもり傾向あり」は、男女ともに85歳以上で高く、女性では5～6割台となっています。

また、地域活動に対する参加意向をみると、年齢があがるにつれて「参加したくない」が高くなっており、高齢者の運動機能の低下や閉じこもりのさらなる増加を防ぐために、今後も介護予防や重度化防止のための活発な地域活動を推進していくことが求められます。

運動器の機能低下者の割合



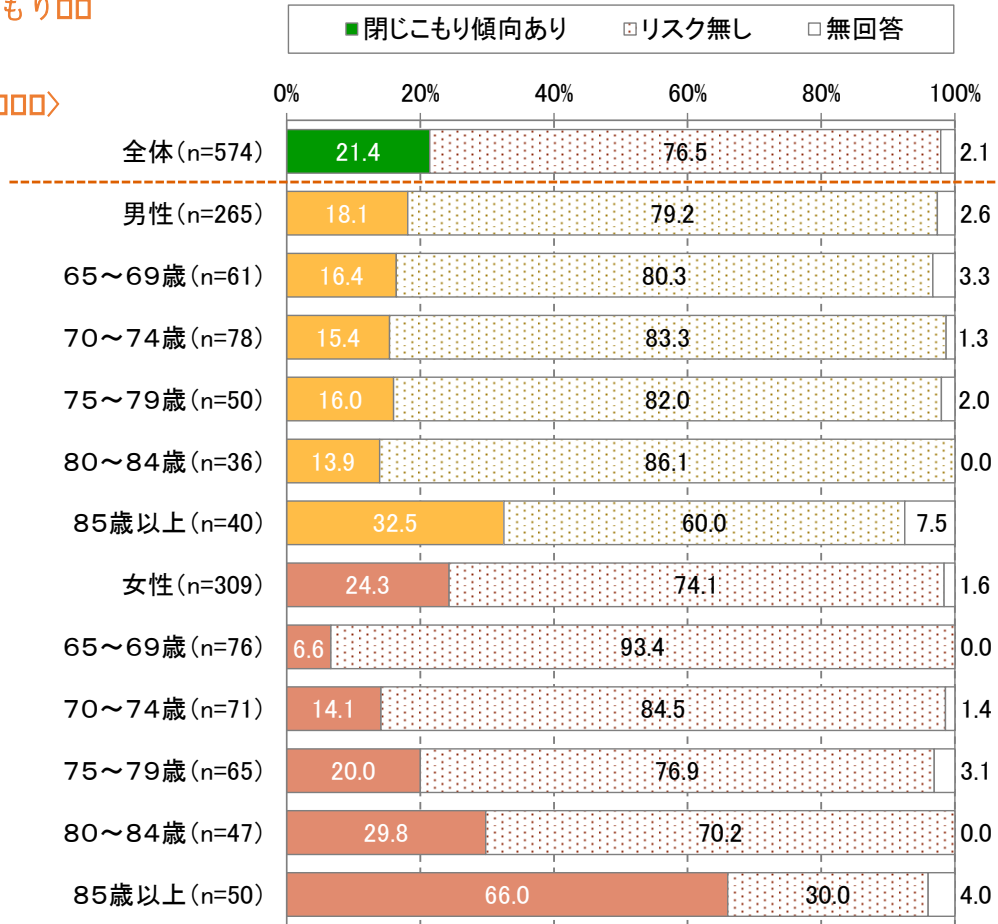
設問内容	選択肢
□□を□すりや□をつたわずに□っていますか	1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない
□□に□った□□から□もつかまらずに□ち□がっていますか	1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない
1 5 □□けて□いていますか	1. できるし、している 2. できるけどしていない 3. できない

□□1□□に□んだ□□がありますか	1. □□もある 2. 1□ある 3. ない
□□に□する□□は□さいですか	1. とても□□である 2. やや□□である 3. あまり□□でない 4. □□でない

□□の□□のうち、3□□□□する□□□ (□の□の□□け□□) が□□された□□、□□□□□の□□している□□□になります。

■閉じこもり

< >

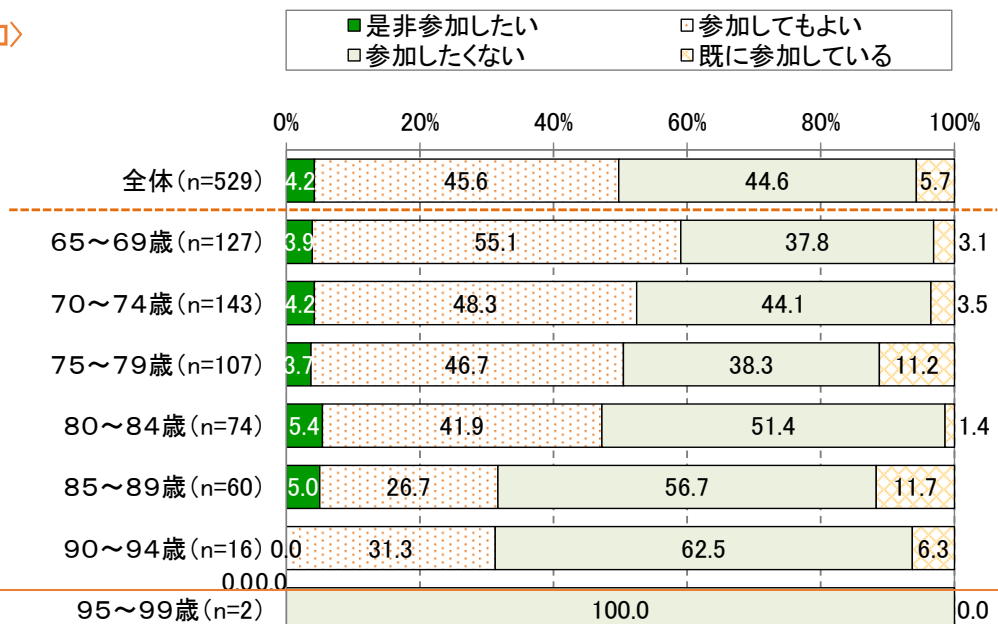


設問内容	選択肢
に1はしていますか	1. ほとんどしない 2. 1 3. 2~4 4. 5

する (の の) がされた、閉じこもりのあるになります。

■にとするとしての

< >

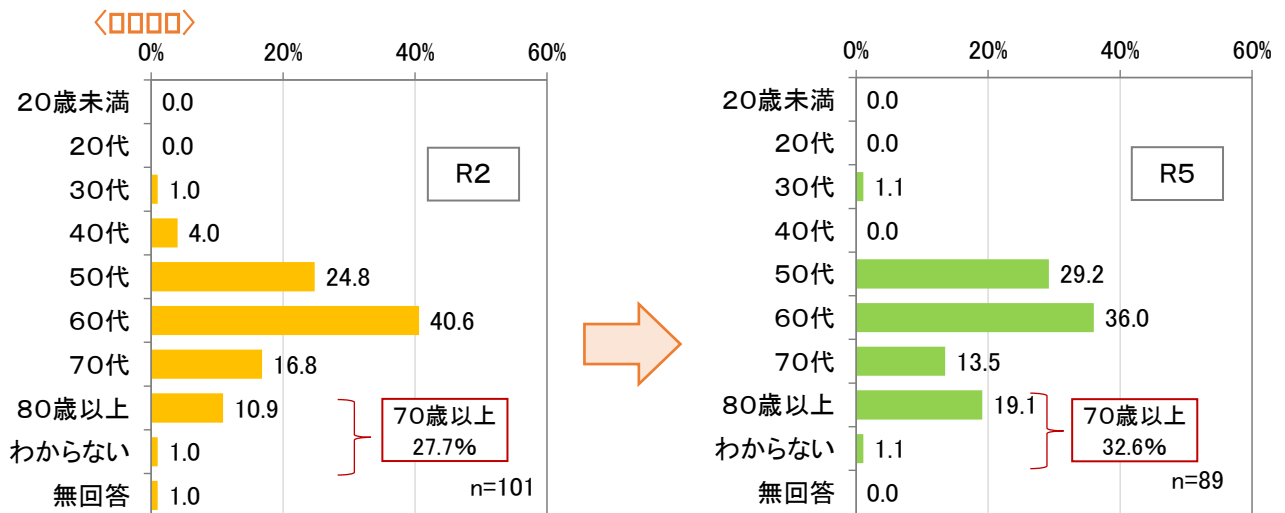


※無回答を除いて集計しています。

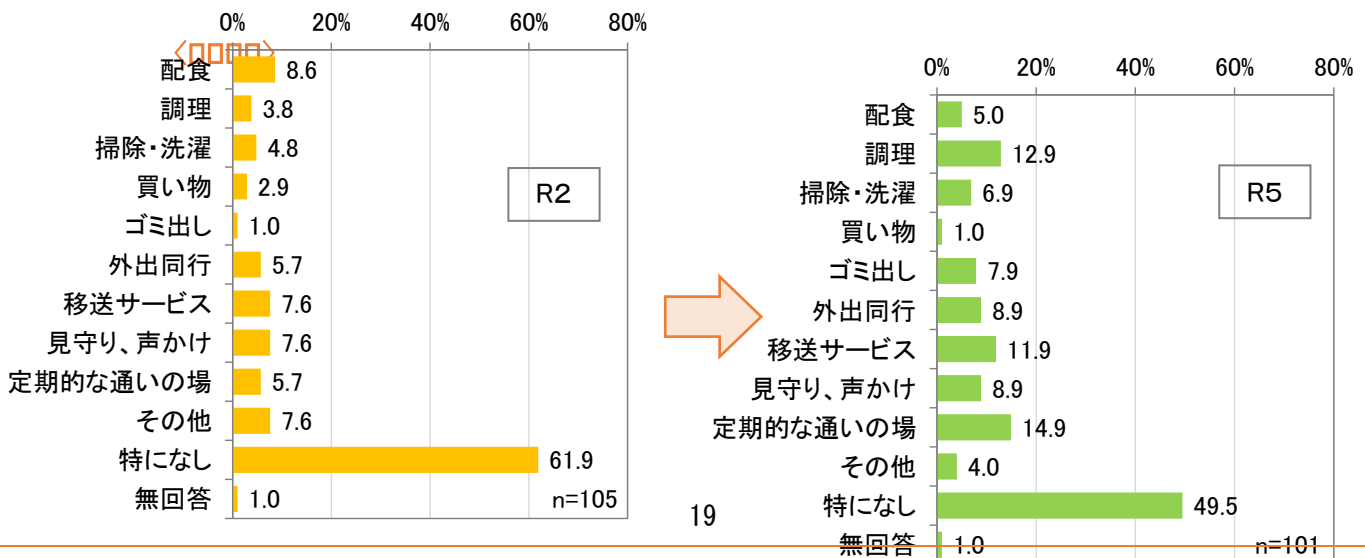
主な介護者の年齢をみると、「70歳以上」が3割程度となっており、老々介護の状態となっています。また、「60代」が4割弱を占めており、高齢の介護者が増加することが考えられます。前回調査と比較すると、「70歳以上」は4.9ポイント高くなっています。

在宅生活に必要な支援・サービスでは、「定期的な通いの場」「調理」「移送サービス」が高くなっており、住み慣れた地域で安心して生活できる支援体制づくりやサービスの充実へとつなげていくことが必要です。前回調査と比較すると、「特になし」が12.4ポイント低くなっていることから、ほとんどの項目で割合が高く、特に「定期的な通いの場」「ゴミ出し」が高くなっています。

■介護者の年齢別の介護者の割合



■介護者の年齢別の介護者の割合



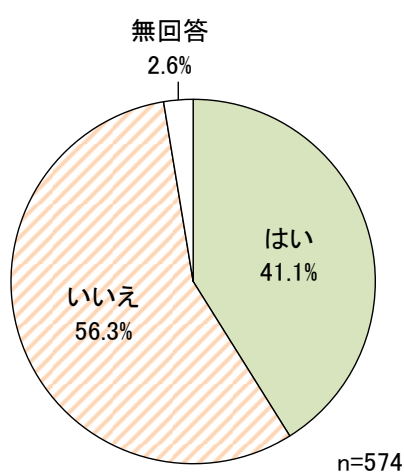
※選択肢について、長い文は簡略化しています。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果をみると、物忘れが多いと感じる人は4割強となっています。また、在宅介護実態調査によると、認知症を抱える要介護認定者の割合は約2割となっています。

認知症に対する正しい理解の促進と認知症高齢者を家族と地域が支えるまちづくりを展開していくことが必要です。また、医療と介護が一体となり、適切なケアを提供できるよう、在宅サービスの充実や医療機関等との連携強化を図ることが求められます。

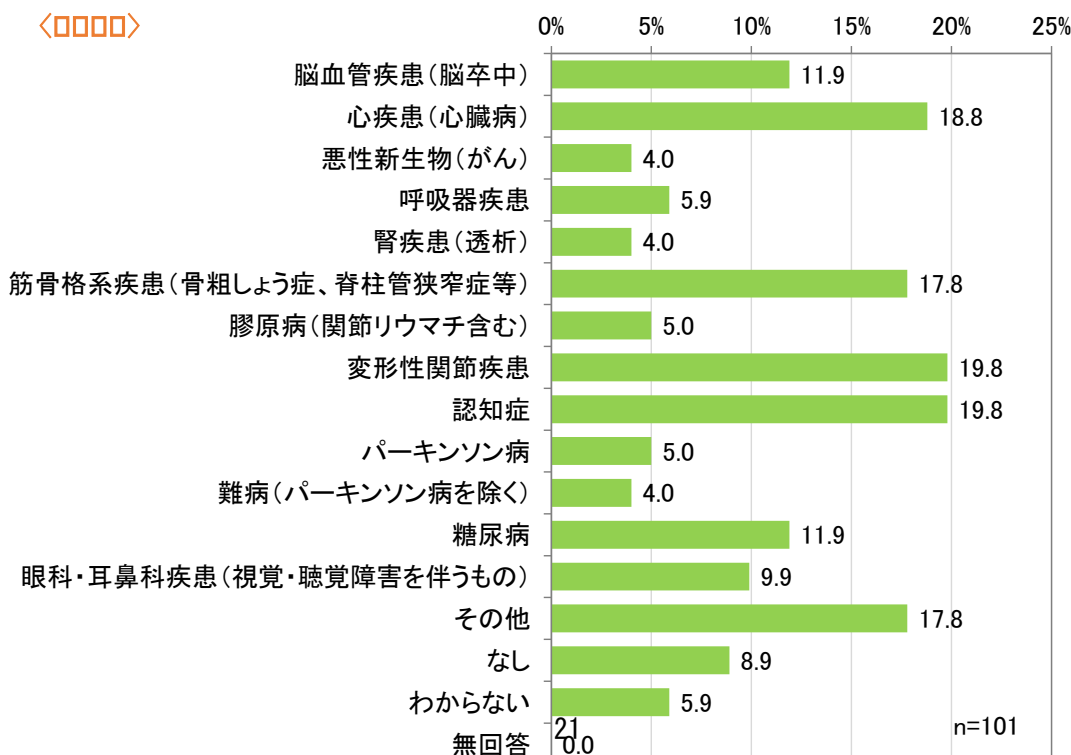
■物忘れが多いと感じるか

<0000>



■持っている病

<0000>



介護のために「主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）」が1割程度となっており、介護者の勤務形態をみると、「フルタイム勤務」と「パートタイム勤務」の合計が5割強を占め、働き方の調整については、「労働時間を調整」「休暇を取りながら」がそれぞれ3割前後、今後の就労継続については「続けていくのは、やや難しい」と「続けていくのは、かなり難しい」の合計が2割となっています。働きながらも無理なく介護を続けられるよう、適切な介護サービスの利用を促進するほか、職場や地域など社会全体で介護者の負担を軽減する取組が求められます。

■図のための図の図

■図を■

の■■■

<

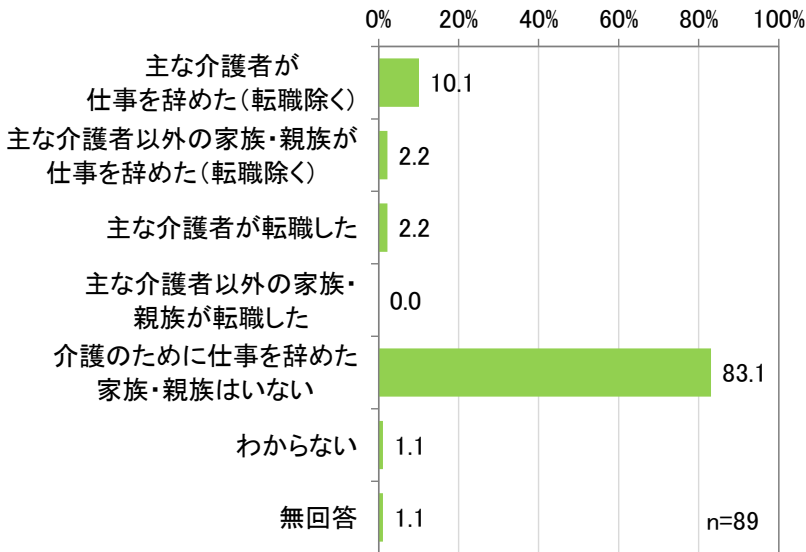
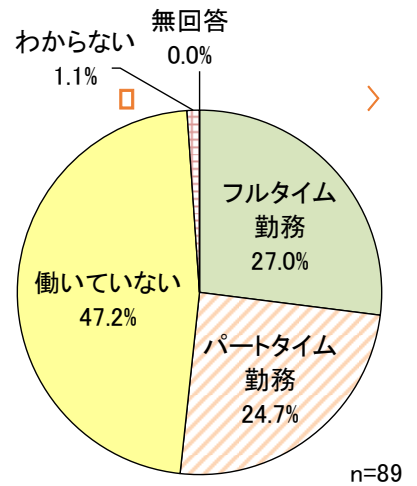
■

■

■

>

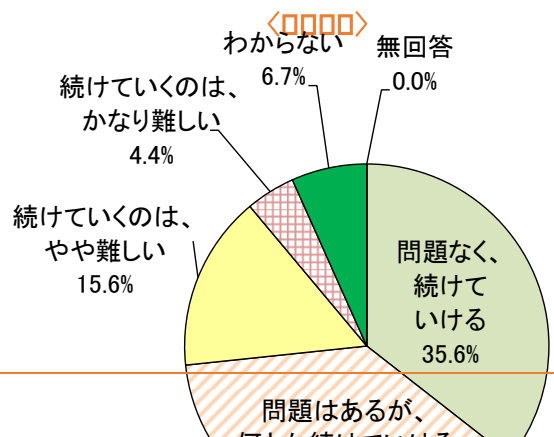
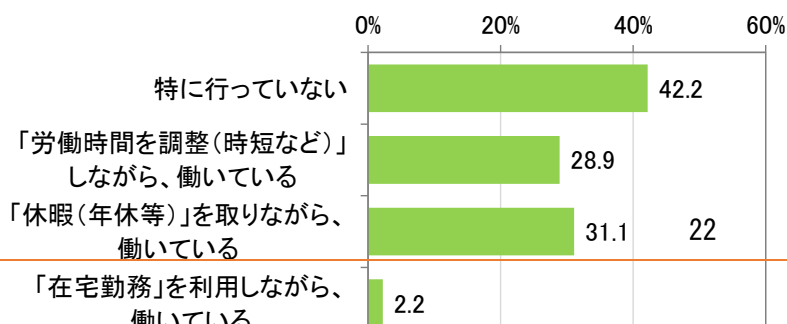
<■■■>



■図を■の■き■の■■■

■図を■の■■■の■に■る■

<■■■>



※選択肢について、長い文は簡略化しています。

□ 3 □ □□の□□□□

1 □□□□

本計画では、「嘉島町総合計画」で掲げた3つの将来像である「自然とともにある住みよ
いまち」、「安心・安全で活力のあるまち」、「みんなでつくる協働のまち」や熊本県が掲げ
る目指すべき姿「高齢者が住み慣れた地域で健やかに暮らし、みんなで支え合う“長寿で
輝く”くまもと」を踏まえるとともに、地域共生社会の実現と高齢者の自立支援・重度化
防止を推進するため、2040年度（令和22年度）を見据えて、現行計画の基本理念を踏
襲しつつ新たな基本理念を設定しました。



□□になっても□み□れた□□で
□□と□きがいをも□らせるまち

2 □□□□

本計画では、基本理念及び本町が計画期間中に取り組むべき課題をもとに、4つの基本
目標を掲げ、2040年度（令和22年度）を見据えた事業推進にあたる必要があります。

□□□□1 □□□□を□□した□□づくり、□□□□、□□□□□□□□□□の□□

要介護状態になっても高齢者が生涯を通じて生きがいを持って活躍するためには、一人
ひとりが自身の健康状態を把握することが重要です。そして、それぞれの状況に応じた、
各種健康づくり・介護予防事業を実践できるように体制を充実していく必要があります。

□□□□2 □□□□も□□の□□として□え□う□□□□□□□□の□□に□けた

□□□□ケアシステムの□□□□□□の□□

少子高齢化が進む現在、高齢者＝「サービスの受け手」ではなく、本人の希望や能力を
生かしながら、「サービスの支え手」となることが必要となっています。特に、地域の元気
な高齢者が社会的役割を担うことは、介護予防にもつながるとされています。

□□□□ 3 □□□□□□が□□になっても、□□して□□で□□らせる□□の□□

支援や介護が必要になった場合に、身近なところで総合的な相談を受けられることは、安心して地域で暮らすためには重要な要素です。特に認知症になっても、医療的ケアが必要になっても、地域で安心して暮らせるようにするためには、医療・介護・地域が一体となり支援を行う体制を構築・推進していくことが不可欠です。

□□□□ 4 □□□□な□□□□□□の□□な□□

介護保険制度を持続可能なものにするためには、介護人材の確保、サービスの質の向上及び介護給付費の適正化が不可欠です。特に、介護給付費については近年急増しており、効果的・効率的なサービスの提供となっているか、検証を進める必要があります。また、介護人材の確保については、有資格者である専門職の確保も重要ですが、多様な主体・人材が参画できる体制を構築して、介護需要の増加に対応する必要があります。

3 □□□□の□□

□□□□ 1 □□□□□□の□□

運動効果の測定や運動指導を行い、住民主体の地域の通いの場として多くの地域で開催頻度を上げ、高齢者の健康寿命延伸につながるよう支援します。

➡ 基本目標 1 生涯現役を目指した健康づくり、自立支援、介護予防・重度化防止の推進

(2) 介護予防事業の推進

- ・脳いきいき教室
- ・脳いきいきサークル
- ・脳いきいきサポーター養成
- ・脳いきいきサポーターフォローアップ講座
- ・脳いきいきサポータースターコース
- ・サロンリーダー養成
- ・さんさん教室
- ・地域サロンでの介護予防活動の推進及び介護予防健診の実施
- ・チームオレンジ

多様なニーズに応じた生活支援サービスの提供に努め、効果的・効率的な介護予防サービスの検討を進めます。

➡ **基本目標2 高齢者も地域の一員として支え合う地域共生社会の実現に向けた地域包括ケアシステムの深化・推進の取組**

- (1) 生活支援・介護予防サービスの基盤整備
- ・訪問型サービスの充実
 - ・通所型サービスの充実
 - ・新しい生活支援サービスの検討

認知症に対する正しい理解の促進と認知症サポーターの養成やチームオレンジの設置など、安心して暮らせるような支援体制の構築に努めます。

➡ **基本目標3 支援・介護が必要になっても、安心して地域で暮らせる体制の構築**

- (1) 「予防」と「共生」の認知症施策の推進
- ・認知症サポーターの養成・活動活性化
 - ・認知症ケアパスの普及
 - ・認知症カフェの開催
 - ・認知症の人やその家族の意思を尊重した施策の推進
 - ・認知症予防の推進、脳いきいき事業の実施
 - ・認知症初期集中支援チームの活用
 - ・認知症疾患医療センターとの連携推進
 - ・若年性認知症の人への支援・社会参加促進
 - ・チームオレンジ

□ 4 □ □ □ の □ □

□ □ □ □ 1 生涯現役を目指した健康づくり、自立支援、介護予防・重度化防止の推進

高齢者が住み慣れた地域で、生涯を通じて生きがいを持って活躍するために、健康づくりと介護予防の取組を、第8期計画と同様に一体的に推進していきます。

健康寿命の延伸を図るため知識の普及啓発を行うとともに、住民主体の通いの場を予防効果の高い活動の場とするための支援やライフステージに応じた健康づくり・介護予防に取り組んでいきます。また、一度支援が必要な状態になっても、地域包括支援センターを中心に多職種で連携して、能力に応じて自立した日常生活を送るために必要な支援を進めていきます。一方で、在宅生活困難者にはフローチャートを活用し、有料老人ホーム、介護保険施設、障がい者施設、養護老人ホーム等への入居や入所を連携して検討します。

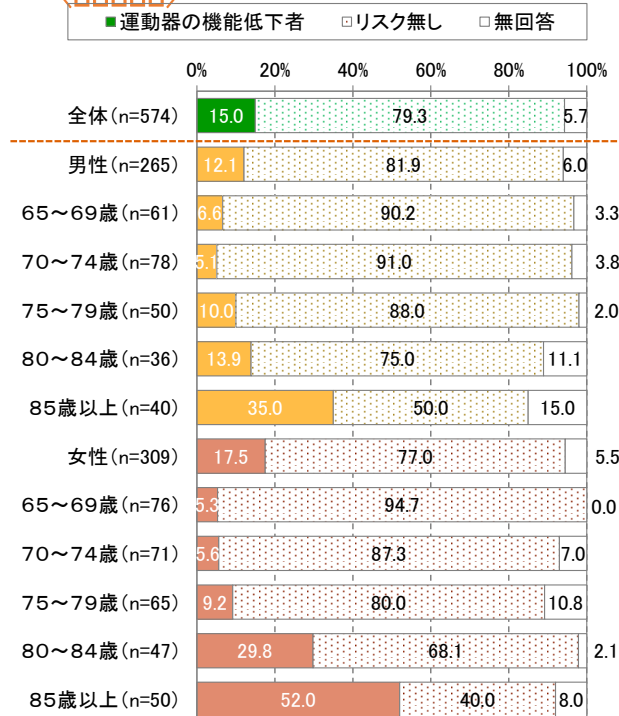
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果をみると、運動器の機能は男女ともに年齢があがるにつれて機能低下者の割合がおおむね高くなっています。IADL※1（手段的自立度）は「低い」の割合が女性85歳以上では3割強となっており、他の性・年齢と比べて高くなっています。

※1 IADL（手段的日常生活動作）

IADLとは、BADLの身の回り動作（食事、更衣、整容、トイレ、入浴等）・移動動作の次の段階である。具体的には、買い物、調理、洗濯、電話、薬の管理、財産管理、乗り物等の日常生活上の複雑な動作をいう

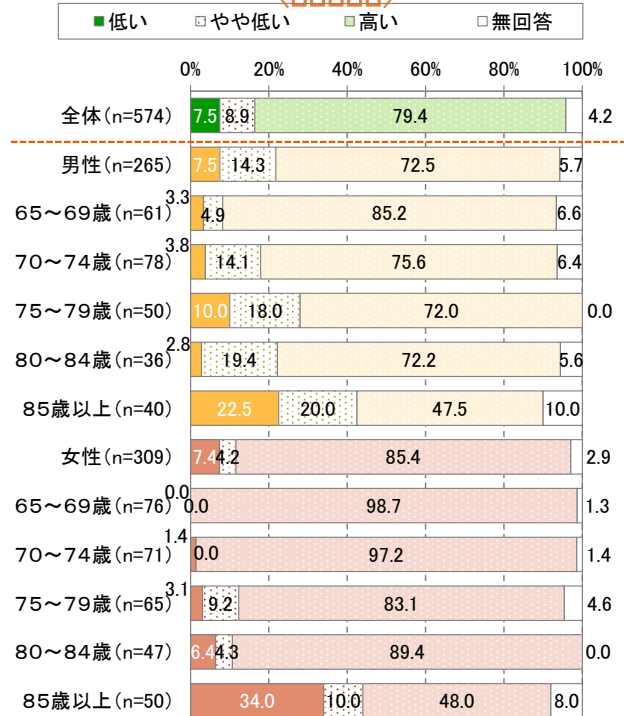
■ □ □ □ の □ □

< □ □ □ □ □ >



■ IADL (□ □ □ □ □ □)

< □ □ □ □ □ >



(1) 〇〇づくりの〇〇と〇〇〇〇の〇〇

健康寿命の延伸を図るため、正しい知識の普及啓発を推進するための仕組みづくりや啓発の機会の創設が必要です。また、健康づくり活動の場づくり、参加者を増やすこと、健診・検診の受診率向上のための仕組みが重要であり、健康教室をはじめとした生活習慣病の予防や各種健診・検診の推進、ロコモティブシンドローム^{※1}予防等を更に推進していきます。併せて、介護予防やフレイル^{※2}対策、生活習慣病等の疾病予防と重症化予防を一体的に実施することで、健康寿命の延伸を目指します。

事業の推進にあたっては「健康かしま21プラン」、「嘉島町保健事業実施計画（データヘルス計画）」及び「特定健康診査等実施計画」等の計画において、評価を行いながら効果的に進めていきます。

● ●
〇〇な〇〇

取 組	内 容
健康教室の開催 (さんさん教室)	○保健師が各地区の公民館へ出向いて、老人会会員を対象に生活習慣病予防をはじめとした出前講座を実施します。
健診・検診の受診勧奨	○後期高齢者健診及びがん検診・歯科健診の受診勧奨を進めます。
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施 介護予防健診の実施	○後期高齢者医療、国保、健康づくり、介護各分野との連携を強化し、保健事業と介護予防の一体的な実施について、適正かつ効率的に事業を推進します。 ○全行政区で体力測定及び筋量測定を年1回実施し、地域の通いの場(地域サロン)への運動指導を併せて実施し、運動効果を経年評価します。

※1 **ロコモティブシンドローム**

運動器の障がいの為に移動機能の低下をきたした状態のこと

※2 **フレイル**

加齢とともに心身の活力(運動機能や認知機能等)が低下し、複数の慢性疾患の併存等の影響もあり、生活機能が阻害され、心身の脆弱性が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像

● ●
〇〇〇〇

項 目	実績値		見込値	目標値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8

介護予防健診開催回数（回）	13	13	13	13	13	13
---------------	----	----	----	----	----	----

(2) □□□□□□の□□

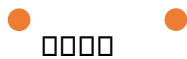
第8期計画では、住民主体の通いの場を予防効果の高い活動とするため、地域への運動指導士等の派遣を継続し、運動効果の測定や運動指導を行うことで、予防効果の実効性を高めてきました。また、開催頻度の高いサロンほど運動効果が期待できることから、サロンリーダー報告会やフォローアップ研修を通して、週1回以上の活動を行うサロン等の増加をはかってきましたが、実施に当たりサロンリーダー等の負担の増加やサポーター養成講座への参加が少ない等の課題があります。

脳いきいきサークルを通いの場の1つとして活用できるようサポータースターコースを開催する等、負担軽減を図りながら、介護予防事業を推進します。また、サロンのみでなく、脳いきいきサークル含め地域の通いの場の整備に努め、今後も介護予防健診（毎年）、サロンリーダー養成講座（隔年）を継続し、開催頻度を上げ、高齢者の健康寿命延伸につながるよう取り組みます。

● ●
□□な□□

取 組	内 容
脳いきいき教室	<ul style="list-style-type: none"> ○認知症予防を目的とした教室型の脳いきいき教室を引き続き開催します。(週1回) ○教室型を拠点として、脳いきいきサポーターによる地域でのランチ型のサークル(通いの場)の開催を検討します。
脳いきいきサークル	<ul style="list-style-type: none"> ○脳いきいき教室の卒業生及び脳いきいきサポーターによるサークルへの支援を行います。(週1回) ○現在、町内1地域で月1回の開催が実現したが、今後より多くの地域で通いの場の1つとして高齢者が利用できるよう支援します。
脳いきいきサポーター養成	<ul style="list-style-type: none"> ○脳いきいき教室の運営を支援するサポーターを養成するために、研修を継続して実施します。
脳いきいきサポーターフォローアップ講座	<ul style="list-style-type: none"> ○認知症サポーター養成講座をすでに受講された方向けに、基礎的な知識から、さらに認知症についての理解を深める内容として、フォローアップ講座を実施します。
脳いきいきサポータースターコース	<ul style="list-style-type: none"> ○現地のサポーターが地域でサークルを開催することを可能とするための講座を開催します。
サロンリーダー養成	<ul style="list-style-type: none"> ○各地域サロンの活動を推進するリーダーを養成するために研修を継続して実施します。 ○脳いきいきサポーターによる脳いきいきサークルの地域展開と合わせて週1回以上の通いの場の整備を目指します。

取 組	内 容
さんさん教室	○保健師等による健康教室を引き続き開催します。
地域サロンでの介護予防活動の推進及び介護予防健診の実施	○サロンリーダーを中心とした地域サロン形成を支援し、予防活動の実施を推進します。 ○全行政区ヘリハビリテーション専門職等を派遣し、地域での介護予防健診を実施することで、介護予防効果の高いサロン運営を支援し、運動効果を経年評価します。
チームオレンジ	○令和7年までに設置を予定しています。 認知症と思われる初期の段階から心理面・生活面の支援としてステップアップ講座を受講した認知症サポーター等が支援チームを作り認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組みです。



項 目	実績値		見込値	目標値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
脳いきいき教室開催回数	44	44	44	44	44	44
脳いきいきサポーター人数	96	104	112	120	128	136
サロンリーダー人数	92	91	95	95	95	95
地域サロン開催回数	264	312	336	350	350	350

(3) ケアマネジメントの□の□□

本町の自立支援型地域ケア会議^{※1}では、自立支援型ケアマネジメントの支援を中心として取り組んでおり、介護支援専門員、地域包括支援センター、本町職員のほか、作業療法士、理学療法士、歯科衛生士、薬剤師、管理栄養士等の専門職が参加することで、支援計画に対し、より専門的なアドバイスが得られる環境となっています。

しかし、ケアマネジメントに関しては意見が出るが、個別事例から不足する地域資源の抽出に関しては意見が少なく、その貴重な意見への対応が困難な状況にあるという課題があります。

今後もより効果的なケアマネジメントの支援を実施するため、アドバイザー専門職の参加を継続するとともに、不足する地域資源の掘り出しを行います。

ケアプラン点検を通じた質の向上や、標準様式や「電子申請届出システム」の基本原則化について所要の法令上の措置を遅滞なく実施します。

※1 自立支援型地域ケア会議

地域包括ケアシステム実現のため、地域の実情にそって地域資源をどのように構築していくべきか、課題を的確に把握し解決していく手段を導き出すための会議のことで、多職種で検討事例について話し合い、問題解決にあたる

● ●
□□な□□

取 組	内 容
地域ケア会議の開催	○月1回、町内全ケアマネジャー、アドバイザーとして調剤薬局3社(交代制)、リハビリテーション病院1社、歯科1社、町管理栄養士の協力のもと実施しています。また、主任ケアマネジャー研修の法定外研修として受講証明書が出せる研修も開催しています。
専門職の参加継続	○リハビリテーション専門職、歯科衛生士、薬剤師や認知症地域支援推進員等専門的見地からのアドバイスを充実させるため、専門職の参加を継続させます。

● ●
□□□□

項 目	実績値		見込値	目標値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
延べ検討事例数	17	11	10	10	10	10
参加職種数	7	7	7	7	7	7

図表2 地域包括ケアシステム^{※1}の現状

少子高齢化が進む現在、高齢者＝「サービスの受け手」ではなく、本人の希望や能力を生かしながら、「サービスの支え手」としても活躍することが期待されています。特に、地域の元気な高齢者が社会的役割を担うことは、介護予防にもつながるとされており、取組を進めていきます。

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果をみると、地域での活動についてボランティアグループの参加頻度は「参加していない」が6割弱となっています。

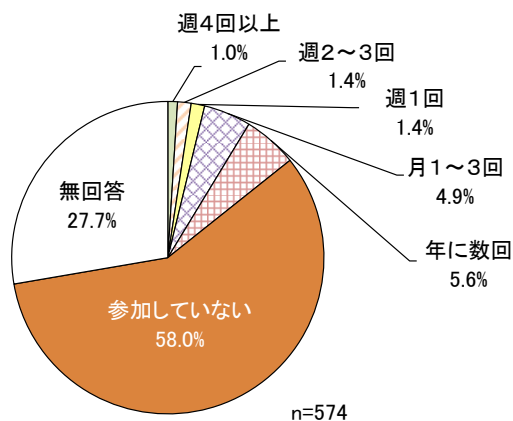
地域活動に対する参加者としての参加意向は「是非参加したい」と「参加してもよい」の合計が5割弱となっています。また、企画・運営としての参加意向は「参加したくない」が6割強となっています。

※1 地域包括ケアシステム

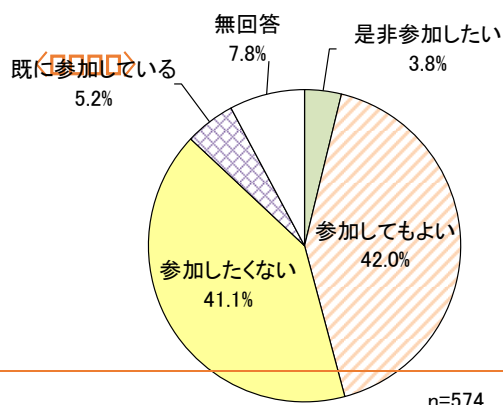
団塊の世代が75歳以上となる2025年（令和7年）を目途に重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制

■ ボランティアグループの参加頻度

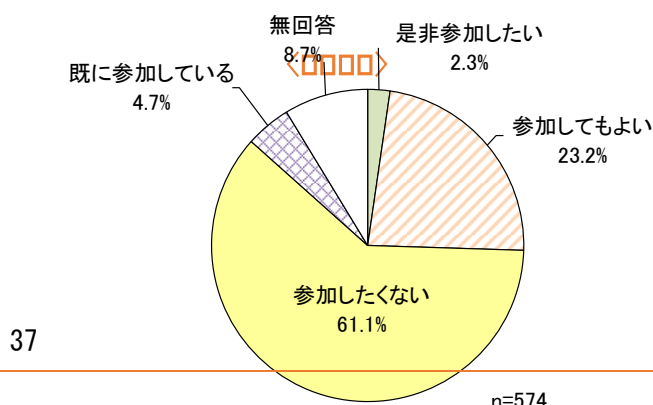
<図表>



■ 参加者としての参加意向



■ 企画・運営としての参加意向



(1) サービスの

訪問系サービスを支援するボランティア団体の不在や、近年のヘルパーの不足等、ニーズに応じたサービス提供が課題となっています。また、家族等介護者の負担が大きくなっているという声もあります。介護保険制度等の公的サービスや地域社会の支え合いだけでなく、多様なニーズに応じた多彩な生活支援サービスと、高齢者が参加できる通いの場づくりに努め、効果的・効率的な介護予防サービスの検討を進めます。また、新しい生活支援サービスの検討については、引き続き生活支援体制整備事業協議体と生活支援コーディネーターを中心に、ニーズの把握と地域資源の活用を考慮しながら進めます。

● ●
な

取 組	内 容
訪問型サービスの充実	○訪問介護相当サービスに加え、有償ボランティアによる住民主体の支援創設に向けた検討を進めます。
通所型サービスの充実	○通所介護相当サービスに加え、地域の通いの場での運動効果や認知機能維持改善を図るため、開催頻度を高める支援を実施します。
新しい生活支援サービスの検討	○生活支援コーディネーターが中心となり、生活支援体制整備事業協議体で把握された課題に対し、地域資源を活用した生活支援サービスを構築して解決を目指します。 ○嘉島町社会資源便利帳「かしまっぷ」を活用しながら、不足している社会資源の検討を進めます。

● ●

項 目	実績値		見込値	目標値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
訪問型サービス利用者数	149	180	204	220	240	260
通所型サービス利用者数	796	708	678	730	760	790

(2) □□□の□□□□の□□

高齢者単身世帯や高齢者夫婦のみの世帯が増加等、住まいのニーズも多様化しており、介護保険の住宅改修では不十分な場合に、住宅改造事業により必要な経費を助成することで、寝たきり防止及び介護者の負担軽減を図ります。緊急通報体制整備事業では、引き続き一人暮らし高齢者等の急病や災害時に、迅速な対応ができるよう、緊急通報装置の貸与を行っていきます。また、閉じこもりのリスクを回避するため、外出する機会を持ち、社会参加を積極的に行う支援を推進します。

● ●
□□□な□□

取 組	内 容
緊急通報体制整備事業	○一人暮らし高齢者等の急病や災害時に、迅速な対応ができるよう近隣協力員を確保・登録し、緊急通報装置を貸与します。高齢者やご家族からの相談や、一人暮らし高齢者で必要性のある方は、ケアマネジャー等が把握して案内する場合があります。
友愛訪問による見守り	○高齢者相談員やシルバーヘルパーによる高齢単身世帯の見守りや区長、老人会長、町、包括を加えたネットワーク会議を全行政区で年2回開催します。
住宅改造助成事業	○介護保険の住宅改修では不十分な場合に、必要な経費を助成することで、寝たきり防止及び介護者の負担軽減を図ります。
移動を含めた社会参加のための支援	○閉じこもりのリスクを回避するため、外出する機会を持ち、社会参加を積極的に行う支援を推進します。 ○嘉島町乗合タクシー「ゆうすいGO」の活用に努めます。 ○バス・タクシー優待乗車券の交付の継続に努めます。

● ●
□□□□

項 目	実績値		見込値	目標値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
緊急通報装置貸与件数	44	40	41	43	46	49
住宅改造助成利用件数	0	0	0	1	1	1

(3) □□□□□□の□□

医療ニーズの高い高齢者や重度の要介護認定者を、住み慣れた家や地域で介護しようとする場合は、医療・介護の両面から専門的なケアや切れ目のないケアを実施し在宅限界点を引き上げる必要があります。引き続き嘉島町在宅医療連携体制検討会議等で協議しながら、医療・介護の連携強化やサービス基盤のあり方も含めた医療・介護情報基盤の整備を検討し、より本町の実情にあった事業の充実を図ります。

■□□が□□す□□□□と□□□□■

在宅医療 4 つの場面	目指す姿	対策
①入退院支援	【医療⇄介護】 入院医療機関と在宅医療に係る多職種との協働による退院支援の実施	○二次医療圏域含め入院医療機関での退院前カンファレンスや退院前訪問の実施 ○医療・介護関係者向け研修の実施（年2回以上）
②日常の療養支援	【医療+介護】 在宅生活継続のための多職種連携による支援（在宅ケア）	○地域の関係者による協議の場として「嘉島町在宅医療連携体制検討会議」の開催 ○認知症ケアパスを活用した支援
③急変時の対応	【介護⇄医療】 在宅療養者の病状の急変時における連携体制の確保	○医療・介護関係者と本人・家族等が意思統一を図り、急変時においても本人の意思を尊重した対応が適切に行われるよう、地域住民への普及啓発として「町民公開講座」を実施（年1回） ○「嘉島町在宅医療連携体制検討会」で町内医療・介護専門職との連携体制を整える
④看取り	【医療+介護】 住み慣れた自宅や介護施設等、望む場所での看取りの実施	○エンディングノート活用による人生の最終段階における意思決定支援

● ●
□□な□□

取 組	内 容
地域の医療・介護の資源の把握	○高齢者の医療と介護の便利帳「かしまっぷ」をホームページで公開し、随時更新しています。
嘉島町在宅医療連携体制検討会議の開催	○定期開催し、多職種での情報交換を推進します。 ○近隣市町村との関係者との情報交換も実施します。
在宅医療・介護連携に関する相談支援	○在宅医療・介護連携に関する相談窓口を地域包括支援センターに設置しています。
医療・介護関係者の研修	○上益城郡医師会委託で年2回以上開催します。
地域住民への普及啓発	○上益城郡医師会委託で年1回以上「町民公開講座」として実施します。

● ●
□□□□

項 目	実績値		見込値	目標値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
検討会議開催回数	0	1	1	1	1	1
参加施設数	0	26	26	26	26	26

図表3 認知症がなくても、認知して対応で支えさせる社会の構築

支援や介護が必要な高齢者が、容態に応じて適切な医療・介護・生活支援等を受けることができるように、様々な地域資源が連携したネットワークの構築が必要となっています。特に近年増えている認知症の人への対応は急務と言えます。高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群と言われており、今後もその数は増えることが想定されています。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等を含め、多くの人にとって身近なものとなっています。国から示された「認知症施策推進大綱」に基づき、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」を車の両輪として認知症施策を推進していくことが求められています。さらに、令和6年1月1日に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が施行し、共生社会の実現の推進という目的に向け、法の定める基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていくことが求められています。

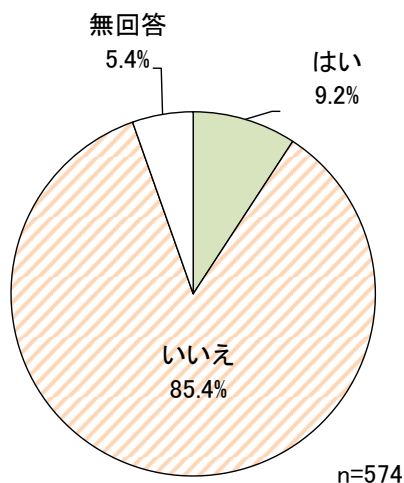
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果をみると、本人または家族に認知症の症状がある人がいるかは「はい」が1割未満となっています。

認知症に関する相談窓口を知っているかは、「いいえ」が6割強となっており、今後も相談機関の周知に努めていくことが必要です。

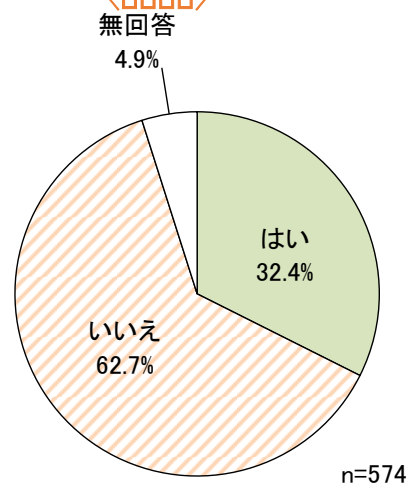
■本人または家族に認知症の症状がある人がいるか

■認知症に関する相談窓口を知っているか

<本人または家族に認知症の症状がある人がいるか>



<認知症に関する相談窓口を知っているか>



取組	内容
認知症初期集中支援チームの活用	○チームの活動で把握した課題については、認知症対応連携会議にて共有し、課題解決を図ります。必要時、認知症初期集中支援チーム検討委員会を開催し、活動状況を検討します。
認知症疾患医療センターとの連携推進	○認知症対応連携会議を月1回開催し、認知症やアルコール依存等高齢者の近況や治療につなげたい高齢者への支援について協議を行います。
若年性認知症の人への支援・社会参加促進	○若年性認知症について、周知啓発を図るとともに、若年性認知症の人とその家族について、本人の意思を尊重しながら、各専門窓口への案内や医療、介護、福祉、就労等の関係者と連携を図り、安心して暮らせるよう支援体制を整えていきます。
チームオレンジ	○令和7年までに設置を予定しています。 認知症と思われる初期の段階から心理面・生活面の支援としてステップアップ講座を受講した認知症サポーター等が支援チームを作り認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組みです。

〇〇〇〇

項目	実績値		見込値		目標値	
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
認知症サポーター人数	1,390	1,818	2,060	2,200	2,400	2,600
認知症カフェ開催回数	12	12	12	12	12	12

認知症ケアパス

認知症ケアパス ここには、認知症の半数を占めるアルツハイマー型認知症の場合を中心に、本人の症状の変化や知っておきたい情報などを記載しました。症状には個人差があり、すべての方にはあてはまるものではありませんが参考にしてください。

	本人の様子	家族の気持ちと対応	本人や周りの人がやっておきたいこと	日常生活にときどき助けが必要	助けが必要	
	<ul style="list-style-type: none"> ◆片付けが苦手になる ◆物が無くなる ◆外出がおっくうになる ◆同じ事を繰り返し聞く 	<ul style="list-style-type: none"> ◆なんとなくおかしいと感じて不安になる ◆小銭で払うのが苦手になる ◆探し物をする時間が増える ◆食事の支度が一人では難しい ◆火の消し忘れ 	<ul style="list-style-type: none"> ◆薬を間違え飲む ◆よく道に迷う ◆季節に合った服が選べない ◆生活リズムが乱れる 	<ul style="list-style-type: none"> ◆トイレの場所がわからない ◆道に迷って帰れなくなる ◆日にちや季節が分からなくなる 	<ul style="list-style-type: none"> ◆自分で食事ができなくなる ◆言葉によるコミュニケーションが難しい 	
	<ul style="list-style-type: none"> ◆友人や地域とつながりを大切にしましょう ◆今までやってきた事を受けましょう ◆地域活動・ボランティア等 	<ul style="list-style-type: none"> ◆かかりつけ医や地域包括支援センターへ相談してみましょう ◆元気なうちから生前整理に取り組みましょう ◆本人の話をじっくり聞きましょう 	<ul style="list-style-type: none"> ◆今まで通り、外出したり人に会う機会をもちましょう ◆将来に備えて成年後見制度の利用について検討しましょう 	<ul style="list-style-type: none"> ◆本人の「得意」を活かし、その人らしい生活を考えよう ◆介護サービス等を利用して、お互いリラックスできる時間をもちましょう ◆施設での生活を希望する場合は、早めに施設の見学をしておきましょう 	<ul style="list-style-type: none"> ◆最後の過ごし方や看取りが心配になります ◆元気なうちに本人の意向を確認しましょう。エンディングノート等を活用する等も方法の一つです 	
認知症の人や家族を支援する取り組み	予 防	ボランティア活動・健康診断・脳いきいき教室・脳いきいきサロン・ひばりカフェ 老人クラブ・サークル活動・いきいきふれあいサロン・シルバー人材センター 等				
	地域で支える	認知症サポーター・キャラバンメイト・脳いきいきサポーター・サロンリーダー・※④ネットワーク会議				※は連絡先参照
	相 談	かかりつけ医・嘉島町地域包括支援センター・嘉島町役場町民課・※①認知症初期集中支援チーム・※③熊本県認知症疾患医療センター				
	生活支援	民生、児童委員・高齢者相談・地域福祉委員・シルバーヘルパー・嘉島町社会福祉協議会・警察・民間サービス・嘉島町一斉配信メール 消費生活相談（嘉島町役場総務課迄）・日常生活自立支援事業（嘉島町社会福祉協議会迄）・成年後見制度（嘉島町役場町民課迄）				
	医 療	かかりつけ医・※②認知症サポート医（山地利科胃腸科医院・大車内科） 地域拠点型認知症疾患医療センター（益城病院）				
	住 ま い	訪問看護・訪問診療 有料老人ホーム等 認知症グループホーム 地域密着型施設 特別養護老人ホーム				
介 護	介護予防サービス・日常生活支援総合事業（通所系・訪問系・お泊まりサービスなど）・介護保険の相談					

「認知症かも」と思ったらまずはかかりつけ医に相談しましょう。必要な場合は専門医などを紹介してもらいましょう。
認知症ケアパスに関する問い合わせ先は：嘉島町地域包括支援センター：☎096-237-2981



相談先	概要	問い合わせ先
認知症初期集中支援チーム	医師・医療・介護の認知症専門チームが認知症の早期対応をお手伝いします。	嘉島町地域包括支援センター (嘉島町社会福祉協議会内) ☎096-237-2981
認知症サポート医	地域における認知症医療・介護などがスムーズに連携し機能するようサポートする、高い専門性を持った医師です。	・山地外科胃腸科医院 ☎096-237-0003 ・大串内科 ☎096-234-7873
認知症疾患医療センター	認知症専門医療の提供と介護サービス事業者との連携を担う中核機関として熊本県の指定を受けた医療機関です。	熊本県認知症疾患医療センター 益城病院 ☎096-286-3611 ◆嘉島町近隣の精神科医療機関 ・希望ヶ丘病院 ☎096-282-1045 ・くまもと南部広域病院 ☎0964-28-2555 ・あおば病院 ☎0964-32-7772 ・くまもと心療病院 ☎0964-22-1106 (県疾患医療センター)
高齢者見守りネットワーク	65歳以上の一人暮らしへの友愛訪問や、認知症高齢者の徘徊などの見守りネットワーク構築について、ネットワーク会議を開催しています。 (各行政区 年2回開催)	【メンバー】 ・各行政区の区長 ・老人会会長 ・民生、児童委員 ・高齢者相談員 ・地域福祉委員 ・シルバーヘルパー ・役場町民課 ・地域包括支援センター 嘉島町地域包括支援センター (嘉島町社会福祉協議会内) ☎096-237-2981
嘉島町一斉配信メール	登録者には災害時における災害関連情報、警察等からのお知らせ、案内情報のほか行方不明者の情報を送信し早期発見につなげます。	登録方法は、携帯電話・パソコンから以下のQRコードをスキャンしていただき、登録手順を行ってください。QRコードをスキャンできない場合はメール作成画面より以下の「送信先アドレス」にメールを送信してください。 QRコード アドレス kashima-town@raidens3.ktaiwork.jp 嘉島町役場企画情報課 096-237-2641
生活支援	振り込め詐欺の被害やお金の管理、頼れる身内がない、認知症などの相談先です。	・消費生活相談 (嘉島町役場総務課) ☎096-237-1111 ・日常生活自立支援事業 (嘉島町社会福祉協議会) ☎096-237-2981 ・成年後見制度 (嘉島町役場町民課) ☎096-237-2576 ・熊本県認知症コールセンター (認知症ほっとコール) ☎096-355-1755 ※若年性認知症支援コーディネーターも配置されています。



(2) □□□□□□センター□の□□□□

高齢化が進展し、認知症高齢者や一人暮らし高齢者が増加するなか、地域包括支援センターは、地域に暮らす高齢者の総合相談窓口として、高齢者ができる限り住み慣れた地域で安心して尊厳のある生活を続けられるように支援することが求められています。本町では嘉島町社会福祉協議会へ委託し、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員を配置し、運営しています。今後も、包括的・継続的マネジメントの4つの機能（介護予防マネジメント、総合相談・支援、権利擁護事業、困難事例の対応等介護支援専門員の支援）と指定介護予防支援事業を中心に、地域課題解決の中心的役割を担うことから、状況に応じて体制強化、機能強化を進めていきます。

また、近年では、高齢者本人のみの課題だけではなく、世帯全体の課題（障がいや生活困窮、8050問題^{※1}、ヤングケアラー^{※2}等）が増加している等、複雑困難な事例も増加していることから、認知症高齢者の家族を含めた家族介護者の支援の充実のためには、地域包括支援センターの総合相談支援機能を活用することが重要であると言えます。また、多様な分野との連携により、機能強化を図ることも重要です。

さらに、在宅医療・介護連携の推進や、生活支援コーディネーターを中心とした生活支援体制の構築、認知症対策の推進、地域ケア会議の運営等、地域包括ケアを総合的に推進するとともに、地域包括支援センターや生活支援・介護予防サービスの情報公表等により、周知を図ります。

※1 8050 問題

80代の親が50代の子どもの生活を支えるという問題

※2 ヤングケアラー

家族にケアを要する人がいる場合に、大人が担うようなケア責任を引き受け、家事や家族の世話、介護、感情面のサポート等を行っている18歳未満の子どものこと

〇〇〇な〇〇

取 組	内 容
介護予防事業の周知	○多様な介護予防事業の情報を整理し、住民及び関係者に分かりやすいように周知します。普及・啓発として介護保険利用の手引きのパンフレットを作成し窓口での案内時に配布します。また、65歳到達者に介護保険証を送付する際、一般介護予防事業を案内します。
総合相談・支援の実施	○地域包括支援センターに委託し地域の総合相談窓口であることを住民に対して周知し、相談に応じて関係者と協働できるように連携体制を充実させます。
権利擁護事業の実施	○判断能力が十分でない人が、成年後見人等が必要な状況にあるにも関わらず、本人や親族等がともに申立てを行うことが難しい場合、町長が家庭裁判所に成年後見人等の選任の申立てを行います。 ○成年後見人制度を利用した人で、その費用の負担が困難な方に対し、成年後見人等に対する報酬費用の助成を行います。
ヤングケアラーの把握と支援	○増加するヤングケアラーの実態を把握し、就学や介護負担の軽減等の支援を検討します。
地域資源の把握	○ネットワーク会議を利用して地域の社会資源を把握し、関係者との情報共有を進めます。 ○高齢者の医療と介護の便利帳「かしまっぷ」を作成し、ホームページから閲覧が可能です。
地域包括支援センター運営協議会の開催	○年1回を目途に運営協議会を実施し、厚生労働省が策定する評価指標を参考に指標を定めて業務状況の評価・点検を行い、状況に応じた体制強化等の支援を行います。

〇〇〇〇

項 目	実績値		見込値	目標値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
介護予防実施団体数	13	14	14	14	14	14
総合相談件数	971	2,215	1,138	1,200	1,200	1,200
協議会開催回数	1	1	1	1	1	1

(3) □□□な□□ができる□□の□□

少子高齢化や高齢単身世帯の増加に加え、新興感染症発生・まん延等に伴い、高齢者の社会・他者との繋がりや介護予防の推進がますます重要視される等、高齢者を取りまく社会環境は更に大きく変化しています。

また、国においては「認知症施策推進大綱」において「共生」と「予防」を両輪とした認知症施策を推進していくことを取りまとめ、令和6年1月1日に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が施行しました。また、地域共生社会の実現に向けて、地域包括ケアシステムを基盤とする「重層的支援体制整備事業^{※1}」を創設する等、地域福祉の充実に向けた新たな取組が進められています。

※1 重層的支援体制整備事業

既存の介護、障がい、子ども、生活困窮の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の複雑・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、

- ① 相談支援（高齢者・障がい者・子ども等、分野を超えた課題を丸ごと受け止める相談支援）
- ② 参加支援（本人・世帯の状態に合わせ、地域資源を活かしながら、就労支援、居住支援等を提供することで社会とのつながりを回復する支援）
- ③ 地域づくり（地域社会からの孤立を防ぐとともに、地域における多世代の交流や多様な活躍の機会と役割を生み出す支援）

を一体的に実施する

● ●
□□□な□□

取 組	内 容
重層的支援体制整備事業の推進	○社会福祉協議会が中心となって高齢者をはじめ、障がい者等の分野を超えた相談を受け止める仕組みを構築します。 ○町民が抱える複雑化・複合化した課題に対しては多分野にまたがり円滑に対応する仕組みを検討します。 ○高齢者の「生活支援」の充実に向け、地域における見守りや支え合い等の活動を支援します。

(4) 〇〇〇の〇〇〇〇と〇〇〇〇〇〇〇

地域の高齢者が安心・安全に生活できるよう、地域住民への高齢者虐待防止の啓発や虐待解決に向けた体制整備の充実とともに、高齢者が能力に応じて自立した日常生活が送れるよう権利擁護に積極的に取り組んでいきます。また、地域包括支援センターを中心に各行政区で実施しているネットワーク会議を通じて、関係者への情報共有を進めていきます。

● 〇〇〇な〇〇 ●

取 組	内 容
高齢者虐待防止啓発	○町の広報誌など各種媒体を通じて、普及啓発に努めます。 ○ネットワーク会議を通じて、事業対象者の把握や制度の周知を進めます。
消費者被害防止啓発	○消費生活相談を定期的（週1回）に開催することで、被害防止に努めます。
弁護士相談	○社会福祉協議会で実施する心配ごと相談（弁護士相談） ＜無料＞を案内します。（月1回）

● 〇〇〇〇 ●

項 目	実績値		見込値	目標値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
虐待防止、消費者被害防止に関する広報回数等	12	12	12	13	13	13

④ ○○○○○○○○○○○○○○○○○に○する○○を○○

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

⑤ ○○○○の○○

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

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

⑥ ○○○○○○○○○○○○○○○○○の○○

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

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

⑦ ○○○○ネットワーク○○の○○

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

⑧ ○○○○○○の○○○○○

成年後見制度に関する広報記事やホームページへの掲載を行い、制度の普及啓発に努めるとともに、福祉の専門職向けに制度の利用促進に向けて研修会を実施しました。

2 . ○○○○○

本制度は、認知症や知的障がいなどの精神上的の障がいにより判断能力が十分でない方の権利を保障するためのものであるが、町民への周知が不十分であると考えられます。周知方法や制度に関する関心を高めるための効果的で的確な広報周知が求められています。

● ○○○な○○ ●

課 題	内 容
相談窓口の周知不足、相談機能整備が不十分	○役場福祉課や町社会福祉協議会、地域包括支援センターで相談を受け付けていますが、町民への周知が不十分であると考えられます。また、相談機能をさらに充実させるため、対応する職員のさらなるスキルアップが求められています。

課題	内容
経済的負担への不安感	○申立て費用や後見人への報酬を実際以上に高額に思ったり、助成制度を知らない等、親族等の後見報酬等への認識が十分でなく、経済的負担を気にして申立てをためらうケースがあると考えられます。
成年後見人等の担い手が不足	○制度の周知不足や関心の低さ等から担い手が不足しているものと考えられます。関心を高めるため制度について周知することはもとより、成年後見人等の養成講座等の開催や法人後見等の体制の整備を検討していく必要があります。

● ●
□□な□□

取組	内容
成年後見制度利用促進のための段階的・計画的な取組の推進	○各専門職団体や関係機関等と連携して、成年後見制度の仕組みや活用方法・相談窓口等を周知啓発するため、パンフレットの作成・配布、セミナーの開催等の広報啓発活動に勤めます。また、研修会等によりスキルアップを図り、相談機能の強化を図ります。
成年後見制度の利用促進と後見人等への支援	○利用者が制度のメリットを実感できるよう、専門職団体や家庭裁判所などと連携して、利用者のニーズに合った適切な成年後見人等の選任となるよう、受任調整に取り組めます。また、親族後見人などからの相談に応じるとともに、本人及び後見人等を支援する権利擁護支援チームの体制づくりや専門職団体などの協力を得られる体制づくりに取り組めます。さらに経済的な理由から成年後見制度の利用が困難な方に対し、申立て時に要する費用や、後見人等への報酬について適切な助成の検討を行います。本人または親族による申立てが困難な場合は、事実関係を確認し、適切に町長申立てを実施します。
担い手の確保	○今後の成年後見制度の利用促進の取組みも踏まえた需要に対応するため、成年後見人等の養成講座等の開催や法人後見等の体制の整備を検討していきます。

取 組	内 容
地域連携ネットワークづくり	<p>○権利擁護支援の必要な方の発見・支援、早期の段階からの相談・対応体制、意思決定・身上監護を重視した成年後見制度の運用に資する支援の役割を持つ地域連携ネットワークの構築を図ります。</p> <p>地域連携ネットワークでは、法律や福祉の専門職団体や関係機関で構成され、関係機関の連携協力体制の強化と地域課題の調整・解決を行う「協議会」と、その運営・調整を行う「中核機関」が設置され、本人を中心とする「チーム」を支援する体制整備を行います。</p> <p>中核機関では、次の4つの取組みを継続します。</p> <ul style="list-style-type: none"> i) 広報・啓発の強化 ii) 相談機能の強化 iii) 成年後見制度の利用促進 iv) 成年後見人等への支援

(6) □□□□□□□□の□□

地震や台風、局地的な集中豪雨などの自然災害や新興感染症の流行など、非常時に適切に対応することができるよう、体制強化が必要となっています。

防災・感染症対策にあたっては、「嘉島町地域防災計画」「嘉島町新型インフルエンザ等対策行動計画」等と連携・調和を保ちながら、各種対策を講じます。

介護保険全サービス種別において、新興感染症、非常災害発生時のサービスの継続実施及び早期の業務再開の計画（業務継続計画）を策定しています。

また、入所系・入居系サービスにおいては避難確保計画を策定し訓練を実施しています。

介護サービスの提供にあたっては、日頃から介護事業所等と連携し、非常災害対策や感染症拡大防止策の周知啓発、災害発生時や感染症発生時のサービスの確保に向けた連携体制を構築します。

● ●
□□□な□□

取 組	内 容
事業所における災害及び感染症に対する備えの検討	<ul style="list-style-type: none"> ○対象施設が令和2年度に策定した要配慮者利用施設の避難確保計画を活用した避難訓練の実施状況、災害時に必要となる物資の備蓄・調達状況の確認など、必要な指導・確認を実施します。 ○介護保険施設に関しては災害時BCP及び感染症BCPが令和6年度から義務化されるため、災害発生時に、介護事業所において避難や待機を行う状況下にあっても、適切な感染症防止策が行えるよう、今後も熊本県や保健所、協力医療機関との連携を強化します。
要援護者等における災害に対する備えの検討	<ul style="list-style-type: none"> ○災害時要援護者名簿の活用促進。 ○嘉島町在宅医療連携緊急時ツール用LINEグループ 町内医療機関、薬局、介護保険サービス事業所、町、地域包括支援センターが登録し、警戒レベル3以上の災害時、徘徊者や行方不明者の発生時に使用します。

● ●
□□□□

項 目	実績値		見込値	目標値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
災害時要援護者数	65	66	60	60	60	60

0000 4 0000な000000の00な00

2017年度（平成29年度）の介護保険法改正では、保険者機能を強化し、持続可能な介護保険制度の運営が明記されており、本町でも各種加算取得による介護人材の確保や介護給付費の適正化などに取り組んできました。特に、少子高齢化の進展に伴い、介護人材不足は深刻化することが見込まれ、サービス事業者のみの課題ではなく地域全体の課題として、行政もより主体的に取り組む必要があります。

(1) 0000の00と000000の00

持続可能な介護保険制度とするためには、熊本県福祉人材・研修センター、介護サービス事業者などと協同して専門的な人材の確保に努めるとともに、多様な主体の生活支援サービスへの参画を促し、総合的に介護人材の確保を検討するとともに、介護人材の離職防止や外国人人材の受け入れ等についても検討していきます。また、ICT^{*1}等の導入に係る研修・補助事業等の情報収集と、町内事業所への周知などを積極的に行い、介護現場の環境整備に努めます。

*1 ICT

介護業務支援のソフトウェア、タブレット端末等の情報通信技術

● 000な00 ●

取組	内容
総合的な人材確保対策	○介護人材の離職防止や外国人人材の受け入れ等について可能な支援を検討します。
介護支援専門員研修等の充実	○多職種向け直営で地域ケア会議、嘉島町在宅医療連携体制検討会及び上益城郡医師会委託で専門職向け研修会を開催します。
介護従事者の負担軽減	○介護ロボットやICT導入に関する国・熊本県の補助事業を周知します。 ○介護保険施設等の指定申請に関する提出書類の見直しや運営指導の標準化・効率化等により文書負担軽減に取り組みます。 電子申請届出システムによる申請を令和6年度運用開始予定です。

(2) 〇〇サ〇ビスの〇の〇〇

高齢者が地域で安心して暮らせる体制を構築するために、本町に指定・指導監督権限のある地域密着型サービス事業所及び居宅介護支援事業所に対しては、運営指導等を通じて、介護サービスの質の向上を図ります。併せて、指摘された問題点が改善されるよう、支援を行います。また、地域密着型サービス、居宅サービス、居宅介護支援等の事業所間の連携や地域支援事業の実施により、円滑なサービス提供に努めます。

● ●
〇〇〇な〇〇

取 組	内 容
地域密着型サービス及び居宅介護支援の質の向上	<ul style="list-style-type: none"> ○ 3年に1回地域密着型サービス事業所への運営指導の実施を検討します。 ○ 6年に1回居宅介護支援事業所への運営指導の実施を検討します。 ○ 地域密着型サービスをはじめ、居宅サービス、居宅介護支援等の事業所間の連携、地域支援事業との連携を確保し、円滑なサービス提供に努めます。
地域密着型サービス事業所の運営推進会議への出席	○ 地域密着型サービス事業所の運営推進会議へ町と地域包括支援センターから出席し、指導助言を行います。
介護サービス相談員派遣事業	○ 地域密着型サービス事業所に派遣しており、今後相談員の増員及び対象施設の拡大を検討していきます。

● ●
〇〇〇〇

項 目	実績値		見込値	目標値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
運営推進会議への出席回数	24 (内 18 回書面)	24 (内 19 回書面)	24 (内 1 回書面)	24	24	24
介護サービス相談員の派遣回数 (派遣回数×施設数の計)	0	0	16	24	24	24

(3) □□□□の□□□

高齢化がさらに進展する中で、介護保険制度の信頼感を高め、持続可能な介護保険制度を構築するためには、介護給付を必要とする受給者を適切に認定したうえで、受給者が真に必要とするサービスを適切に提供することが基本です。

介護給付の適正化の推進をより効率的・効果的な取組みを進めるために、熊本県の「第6期熊本県介護給付適正化プログラム」に基づき、目標値を設定して評価・点検を進めていきます。県では、特に「ケアプランの点検」及び「医療情報突合・縦覧点検」を最重点項目と位置づけ、県・市町村・国保連合会と連携して取り組むこととしています。

本町は、認定調査員の「eラーニングシステム」の履修による要介護認定の平準化を進めており、今後も全国での調査結果を参照しながら平準化に努めていきます。また、介護サービスの初回や変更時等にはケアプランを提出してもらい点検を進めており、医療情報突合・縦覧点検については、県の介護給付費適正化計画に基づき、目標値を設定して評価・点検を進めていきます。

● ●
□□な□□

取 組	内 容
認定調査員「eラーニングシステム」の受講	<ul style="list-style-type: none"> ○認定調査員全員が、「eラーニングシステム」を履修し、要介護認定の平準化を図ります。 ○全国及び近隣市町村と認定状況を比較し、検証していきます。
ケアプラン点検	<ul style="list-style-type: none"> ○町内居宅介護支援事業所には新規、サービス変更のあった利用者のケアプランは全件提出を求め、点検を継続実施します。 ○地域ケア会議を活用し、課題整理総括表を使ったケアプラン点検を実施し、質の向上のための支援を行います。 ○国保連合会の介護給付費点検情報を活用したケアプラン点検や住宅型有料老人ホーム等入居者に焦点をあてたケアプラン点検を実施します。
医療情報突合・縦覧点検	<ul style="list-style-type: none"> ○国保連合会から提供されている縦覧点検情報9帳票により医療情報と突合・縦覧点検を引き続き実施します。 ○3か月に1回程度、医療給付情報突合確認表と縦覧点検確認情報の点検を引き続き実施します。 ○担当職員の点検内容分析のスキルアップを図ります。
住宅改修点検	<ul style="list-style-type: none"> ○住宅改修の申請・実施状況を、施工前現地調査を含め全件で実施します。

取 組	内 容
福祉用具購入・貸与調査	<p>○福祉用具購入及び軽度者（要支援1～要介護1）の福祉用具貸与の点検を全件で実施します。</p> <p>○地域ケア会議の構成員としてリハビリテーション専門職を任命し、会議の際に福祉用具貸与計画も合わせて点検を行います。</p>

● ●
□□□□

項 目	実績値		見込値	目標値		
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8
研修受講割合	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ケアプラン点検件数	176	206	210	210	210	210
住宅改修点検実施回数	31	30	28	30	30	30

5 介護サービスの見込み

1 サービス見込みの概要

第9期計画期間におけるサービス見込み量の推計については、過去3年間の本町の介護保険事業状況報告（年報及び月報）を基にし、地域包括ケア「見える化」システムにより推計しています。人口については、より直近の人口変動を加味するため、令和元年～令和5年の住民基本台帳人口を基に推計しています。

2 サービスによる見込み（見込み）の概要

(1) サービス

① サービス

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、家事などの日常生活の援助を行います。第9期計画期間は、利用回数、利用者数ともに横ばいと見込んでいます。

項目		実績値		見込値	第9期			長期
		R3	R4	R5	R6	R7	R8	R22
介護	給付費（千円）	40,930	35,943	31,771	41,693	41,746	41,746	41,746
	回数（回）	1,296.4	1,088.7	964.7	1,239.2	1,239.2	1,239.2	1,239.2
	人数（人）	42	41	40	42	42	42	42

※給付費は年間の総給付費であり、回数・人数については月あたりの数値になります。

②□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

自宅の浴槽での入浴が困難な人に対し、専門スタッフが自宅を訪問し専用の浴槽を使い、入浴を援助するサービスです。第9期計画期間は、介護予防サービスについては、利用はないと見込んでいます。介護サービスが横ばいと見込んでいます。

(年度)

項 目		実績値		見込値	第9期			長期
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 2 2
介護 予防	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0	0
	回数（回）	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0	0
介護	給付費（千円）	142	76	0	159	159	159	159
	回数（回）	1	1	26	1.0	1.0	1.0	1.0
	人数（人）	0	0	1	1	1	1	1

※給付費は年間の総給付費であり、回数・人数については月あたりの数値になります。

③□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

主治医の指示に基づいて、看護師などが自宅を訪問し、療養上の世話や手当を行います。第9期計画期間は、介護予防サービス、介護サービスともに増加と見込んでいます。

(年度)

項 目		実績値		見込値	第9期			長期
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 2 2
介護 予防	給付費（千円）	3,060	2,775	2,910	4,655	5,204	5,747	5,747
	回数（回）	83.4	69.9	75.4	119.1	133.0	146.9	146.9
	人数（人）	6	7	9	9	10	11	11
介護	給付費（千円）	14,974	18,150	27,461	28,984	29,541	30,151	31,249
	回数（回）	321.4	409.7	602.1	627.6	638.2	651.8	677.6
	人数（人）	26	33	49	49	50	51	53

※給付費は年間の総給付費であり、回数・人数については月あたりの数値になります。

④リハビリテーションリハビリテーション

理学療法士や作業療法士が自宅を訪問し、日常生活の自立を助けるための機能訓練を行います。第9期計画期間は、介護予防サービスが増加と見込んでいます。介護サービスは横ばいと見込んでいます。

(年度)

項目		実績値		見込値	第9期			長期
		R3	R4	R5	R6	R7	R8	R22
介護 予防	給付費(千円)	1,843	1,281	1,041	1,859	1,861	1,861	1,861
	回数(回)	54.5	38.3	31.2	54.2	54.2	54.2	54.2
	人数(人)	4	3	3	4	4	4	4
介護	給付費(千円)	4,444	4,762	5,069	5,197	5,203	5,203	5,817
	回数(回)	128.5	141.9	150.0	151.5	151.5	151.5	169.1
	人数(人)	8	9	11	11	11	11	13

※給付費は年間の総給付費であり、回数・人数については月あたりの数値になります。

⑤

通院が困難な人に対し、医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士などが自宅を訪問して、療養上の世話や指導を行います。第9期計画期間は、介護予防サービス、介護サービスともに横ばいと見込んでいます。

(年度)

項目		実績値		見込値	第9期			長期
		R3	R4	R5	R6	R7	R8	R22
介護 予防	給付費(千円)	78	214	848	860	861	861	861
	人数(人)	1	2	7	7	7	7	7
介護	給付費(千円)	3,468	3,572	5,753	5,835	5,837	5,842	6,611
	人数(人)	33	35	53	53	53	53	61

※給付費は年間の総給付費であり、回数・人数については月あたりの数値になります。

⑥□□□□

デイサービスを利用することで、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います。第9期計画期間は、増加と見込んでいます。

(年度)

項目	実績値		見込値	第9期			長期	
	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R22	
介護	給付費(千円)	119,819	126,265	145,869	154,608	155,950	155,950	161,623
	回数(回)	1,437	1,460	1,595	1,658.1	1,670.7	1,670.7	1,746.8
	人数(人)	129	125	129	129	130	130	137

※給付費は年間の総給付費であり、回数・人数については月あたりの数値になります。

⑦□□リハビリテーション□□□□□□□□リハビリテーション

医療施設に通うことで、食事・入浴の提供や心身機能の維持・回復のための機能訓練を行います。第9期計画期間は、介護サービスが令和6年度は増加、以降横ばいと見込んでいます。介護予防サービスが増加と見込んでいます。

(年度)

項目	実績値		見込値	第9期			長期	
	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R22	
介護 予防	給付費(千円)	7,858	7,682	7,900	8,011	8,535	8,535	8,535
	人数(人)	17	17	17	17	18	18	18
介護	給付費(千円)	47,289	41,435	34,364	52,257	52,323	52,323	52,323
	回数(回)	461.1	405.5	349.0	521.7	521.7	521.7	521.7
	人数(人)	44	39	34	44	44	44	44

※給付費は年間の総給付費であり、回数・人数については月あたりの数値になります。

⑩〇〇〇〇〇〇〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 (〇〇〇)

病院等に短期間入所することで、食事・入浴・排せつ、その他の日常生活の介護や機能訓練を行います。介護予防サービス、介護サービスともに第8期期間中で利用はなく、第9期計画期間も利用はないと見込んでいます。

(年度)

項 目		実績値		見込値	第9期			長期
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 2 2
介護 予防	給付費 (千円)	0	0	0	0	0	0	0
	日数 (日)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数 (人)	0	0	0	0	0	0	0
介護	給付費 (千円)	0	0	0	0	0	0	0
	日数 (日)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数 (人)	0	0	0	0	0	0	0

※給付費は年間の総給付費であり、回数・人数については月あたりの数値になります。

⑪〇〇〇〇〇〇〇〇〇 (〇〇〇〇〇) 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 (〇〇〇〇〇)

介護医療院に短期間入所することで、食事・入浴・排せつ、その他の日常生活の介護や機能訓練を行います。第9期計画期間は、介護予防サービスについては、利用はないと見込んでいます。介護サービスが横ばいと見込んでいます。

(年度)

項 目		実績値		見込値	第9期			長期
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 2 2
介護 予防	給付費 (千円)	0	24	0	0	0	0	0
	日数 (日)	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数 (人)	0	0	0	0	0	0	0
介護	給付費 (千円)	145	162	0	0	0	0	0
	日数 (日)	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	人数 (人)	0	0	0	0	0	0	0

※給付費は年間の総給付費であり、回数・人数については月あたりの数値になります。

合計	53	53	53
----	----	----	----

④□□□□□□□□□□

小規模のデイサービスを利用することで、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います。第9期計画期間は、横ばいと見込んでいます。

(年度)

項 目	実績値		見込値	第9期			長期	
	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R22	
介護	給付費(千円)	4,497	2,879	2,719	2,620	2,623	2,623	2,623
	回数(回)	51.2	31.5	30.3	32.9	32.9	32.9	32.9
	人数(人)	6	4	2	4	4	4	4

※給付費は年間の総給付費であり、回数・人数については月あたりの数値になります。

⑤その□

下記に掲げる地域密着型サービスについては、新設を予定していないため、利用を見込んでいません。

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 夜間対応型訪問介護
- 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護
- 地域密着型特定施設入居者生活介護
- 看護小規模多機能型居宅介護

第9期期間中についても、それぞれのサービスの必要性については随時検討を進め、ニーズの変化に合わせて柔軟に対応していきます。

(3) □□サロビス

①□□□□□□□□ (□□□□□□ホロム)

介護を必要とし、自宅での介護が難しい人が入所し、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。第9期計画期間は、利用者が増加すると見込んでいます。

(年度)

項 目		実績値		見込値	第9期			長期
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 2 2
介護	給付費 (千円)	55,829	56,298	57,971	67,985	71,047	73,992	73,992
	人数 (人)	19	19	19	22	23	24	24

※給付費は年間の総給付費であり、回数・人数については月あたりの数値になります。

②□□□□□□□□

病状が安定しており、看護や介護に重点を置いたケアが必要な人が入所し、医学的な管理のもとで、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。第9期計画期間は、利用者は横ばいと見込んでいます。

(年度)

項 目		実績値		見込値	第9期			長期
		R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 2 2
介護	給付費 (千円)	42,599	48,969	50,310	51,020	51,085	51,085	51,085
	人数 (人)	13	15	15	15	15	15	15

※給付費は年間の総給付費であり、回数・人数については月あたりの数値になります。

③□□□□□□□□□□

急性期の治療が終わって、長期の療養が必要な人が入所し、医療、療養上の管理、看護などを行う施設サービスです。令和5年度に廃止が決まっています。

(年度)

項目		実績値		見込値	第9期			長期
		R3	R4	R5	R6	R7	R8	R22
介護	給付費(千円)	15,394	1,403	0				
	人数(人)	4	0	0				

※給付費は年間の総給付費であり、回数・人数については月あたりの数値になります。

④□□□□□□

急性期の治療が終わって、長期の療養が必要な人が入所し、医療、療養上の管理、看護などを行う施設サービスです。第9期計画期間は、利用者が増加すると見込んでいます。医療療養病床42床が令和7年度介護医療院へ転換予定で、嘉島町の被保険者の利用は定員の1/3にあたる14床を見込んでいます。

(年度)

項目		実績値		見込値	第9期			長期
		R3	R4	R5	R6	R7	R8	R22
介護	給付費(千円)	55,237	70,633	71,263	75,911	127,544	127,544	127,544
	人数(人)	15	18	18	18	32	32	32

※給付費は年間の総給付費であり、回数・人数については月あたりの数値になります。

【参考1：有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅設置状況】

単身や夫婦のみの高齢者世帯が増加し、高齢者の住まいのニーズも多様化しています。本町においても、有料老人ホームの整備が進んでいます。介護保険制度における施設サービスについては、有料老人ホーム等の設置状況も踏まえながら、必要量について検討しています。

	施設数	定員数
有料老人ホーム(住宅型)	2事業所	45床
サービス付き高齢者向け住宅	0事業所	0戸

(令和5年9月時点)

【参考2：養護老人ホーム】

65歳以上で環境上や経済的理由により、居宅で養護を受けることが困難な高齢者に対し、入所、養護を行う施設です。

人数(人)	R3	R4	R5	R6	R7	R8
	9	7	8	8	8	8

3 □□□□□□の□□□□

<□□□□□□□□□□□□□□>

(年度)

項 目 (単位：千円)	実績値		見込値	第9期			長期
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 2 2
訪問介護相当サービス	3,065	3,340	3,200	3,500	3,750	4,000	4,000
(利用者数：人)	(12)	(15)	(18)	(20)	(23)	(25)	(25)
訪問型サービスA	0	0	0	0	0	0	0
(利用者数：人)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
訪問型サービスB	0	0	0	0	0	0	0
訪問型サービスC	0	0	0	0	0	0	0
訪問型サービスD	0	0	0	0	0	0	0
訪問型サービス(その他)	0	0	0	0	0	0	0
通所介護相当サービス	19,931	18,059	21,000	22,000	23,000	24,000	24,000
(利用者数：人)	(66)	(59)	(60)	(67)	(79)	(84)	(84)
通所型サービスA	0	0	0	0	0	0	0
(利用者数：人)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
通所型サービスB	0	0	0	0	0	0	0
通所型サービスC	0	0	0	0	0	0	0
通所型サービス(その他)	0	0	0	0	0	0	0
栄養改善や見守りを目的とした配食	0	0	0	0	0	0	0
定期的な安否確認、緊急時の対応、住民ボランティア等の見守り	0	0	0	0	0	0	0
その他、訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等	0	0	0	0	0	0	0
介護予防ケアマネジメント	2,201	2,017	2,100	2,200	2,250	2,300	2,300
介護予防把握事業	0	0	0	0	0	0	0
介護予防普及啓発事業	3,430	4,594	4,768	5,000	5,000	5,000	5,000
地域介護予防活動支援事業	1,842	798	1,102	1,900	1,900	1,900	1,900
一般介護予防事業評価事業	0	386	0	0	400	0	0
地域リハビリテーション活動支援事業	0	0	0	0	0	0	0
上記以外の介護予防・日常生活総合事業	103	95	110	110	110	110	110

<□□□□□□ (□□□□□□センターの□□) □□□□□□>

(年度)

項 目 (単位：千円)	実績値		見込値	第9期			長期
	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	R 8	R 2 2
包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)	10,059	11,208	13,183	14,000	14,000	14,000	14,000
任意事業	322	21	373	400	400	400	400

<〇〇〇〇〇〇〇 (〇〇〇〇〇〇〇) >

(年度)

項 目 (単位：千円)	実績値		見込値	第9期			長期
	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R22
在宅医療・介護連携推進事業	2,182	2,657	2,857	3,000	3,000	3,000	3,000
生活支援体制整備事業	1,962	2,438	2,637	2,800	2,800	2,800	2,800
認知症初期集中支援推進事業	2,943	3,656	3,955	4,000	4,000	4,000	4,000
認知症地域支援・ケア向上事業	1,962	2,438	2,636	2,800	2,800	2,800	2,800
認知症サポーター活動促進・ 地域づくり推進事業	0	0	0	0	0	0	0
地域ケア会議推進事業	987	1,219	1,318	1,400	1,400	1,400	1,400

4 □□□□び□□□□の□□について

(1) □□□□

単位：千円

	第9期			長期
	R 6	R 7	R 8	R 2 2
居宅サービス				
訪問介護	41,693	41,746	41,746	41,746
訪問入浴介護	159	159	159	159
訪問看護	28,984	29,541	30,151	31,249
訪問リハビリテーション	5,197	5,203	5,203	5,817
居宅療養管理指導	5,835	5,837	5,842	6,611
通所介護	154,608	155,950	155,950	161,623
通所リハビリテーション	52,257	52,323	52,323	52,323
短期入所生活介護	29,380	29,418	29,418	34,210
短期入所療養介護（老健）	1,996	1,999	1,999	1,999
短期入所療養介護（病院等）	0	0	0	0
短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0	0
福祉用具貸与	16,940	16,946	17,121	18,112
特定福祉用具購入費	759	759	759	759
住宅改修費	2,530	2,530	2,530	2,530
特定施設入居者生活介護	64,582	64,663	64,663	71,726
地域密着型サービス				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	0	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0	0
地域密着型通所介護	2,620	2,623	2,623	2,623
認知症対応型通所介護	0	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	11,917	14,927	14,927	14,927
認知症対応型共同生活介護	25,405	25,437	25,437	25,437
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	110,076	110,215	110,215	110,215
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0
施設サービス				
介護老人福祉施設	67,985	71,047	73,992	73,992
介護老人保健施設	51,020	51,085	51,085	51,085
介護医療院	75,911	127,544	127,544	127,544
介護療養型医療施設				
居宅介護支援	36,190	36,236	36,236	36,236
合計	786,044	846,188	849,923	870,923

(2) □□□□

単位：千円

	第9期			長期
	R 6	R 7	R 8	R 2 2
介護予防サービス				
介護予防訪問入浴介護	0	0	0	0
介護予防訪問看護	4,655	5,204	5,747	5,747
介護予防訪問リハビリテーション	1,859	1,861	1,861	1,861
介護予防居宅療養管理指導	860	861	861	861
介護予防通所リハビリテーション	8,011	8,535	8,535	8,535
介護予防短期入所生活介護	274	274	274	274
介護予防短期入所療養介護（老健）	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	0	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	2,857	2,857	2,857	2,953
特定介護予防福祉用具購入費	562	562	562	562
介護予防住宅改修	2,358	2,358	2,358	2,358
介護予防特定施設入居者生活介護	700	701	701	701
地域密着型介護予防サービス				
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	0	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0	0
介護予防支援	3,762	3,767	3,767	3,767
合計	25,898	26,980	27,523	27,619

※単位未満は四捨五入しているため、各項目の計と合計が一致しない場合があります

(3) □□□□□□

単位：千円

	第9期			長期
	R 6	R 7	R 8	R 2 2
介護予防・日常生活支援総合事業費				
訪問型相当サービス	3,500	3,750	4,000	4,000
通所型相当サービス	22,000	23,000	24,000	24,000
包括的支援事業・任意事業費				
包括的支援事業 （地域包括支援センターの運営）	14,000	14,000	14,000	14,000
任意事業	400	400	400	400
包括的支援事業（社会保障充実分）	14,000	14,000	14,000	14,000

合計	63,110	64,810	65,710	65,710
----	--------	--------	--------	--------

※単位未満は四捨五入しているため、各項目の計と合計が一致しない場合があります

(4) その□

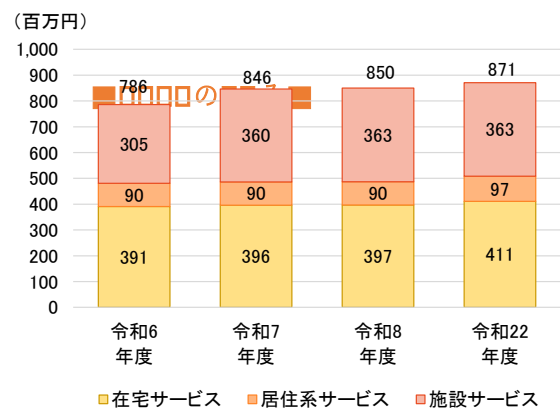
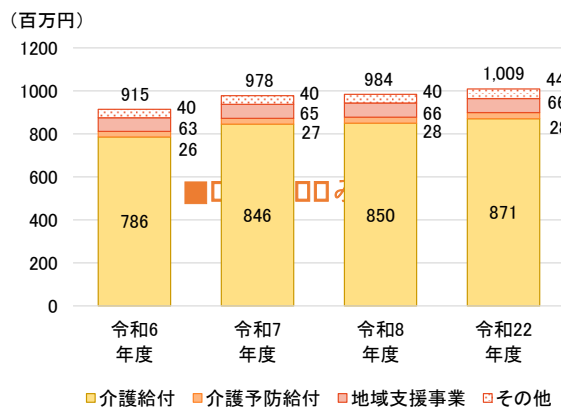
単位：千円

	第9期			長期
	R 6	R 7	R 8	R 2 2
特定入所者介護サービス費等給付額 (財政影響額調整後)	20,263	20,289	20,413	22,464
高額介護サービス費等給付額 (財政影響額調整後)	15,163	15,187	15,280	16,749
高額医療合算介護サービス費等給付額	3,847	3,847	3,871	4,325
算定対象審査支払手数料	793	793	798	892
合計	40,067	40,116	40,362	44,430

※単位未満は四捨五入しているため、各項目の計と合計が一致しない場合があります。

(5) □□□□の□□

総事業費は第9期計画期間では増加することを想定しています。



※単位未満は四捨五入しているため、各項目の計と合計が一致しない場合があります。

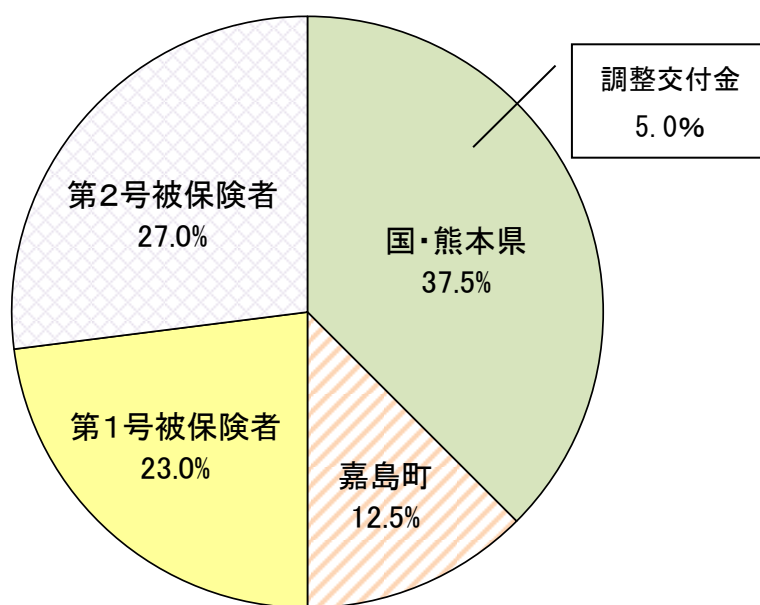
(6) 介護保険料にかかる公費の割合

介護保険給付に必要な費用の半分を公費（国・熊本県・嘉島町）で負担し、残る半分を介護保険料で負担します。

第9期計画期間については、第8期計画に引き続き、第1号被保険者（65歳以上の高齢者）の負担割合は23.0%、第2号被保険者（40歳から64歳までの人）は27.0%となります。

また、国負担の一部は調整交付金として負担されますが、高齢者の人口構成と所得の状況に応じて交付割合が決定されます。

■ 介護保険料の負担割合 ■



(7) サービスにづくの

①高齢者人口（第1号保険者数）の推計

令和5年度：2,583人 ⇒ 令和8年度：2,649人

66人増加
(増加率2.6%)

②要介護・要支援認定者数を推計

令和5年度：502人 ⇒ 令和8年度：515人

13人増加
(増加率2.6%)

③総事業費を推計

第8期：30.7億円 ⇒ 第9期：28.6億円

約2.1億円
(減少率6.8%)

総事業費の主な減少要因

(1) 介護給付の減少

介護給付の中でも特に在宅サービスの減少が大きくなっています。

④保険料収納必要額を算出

保険料収納
必要額

=

第1号被保険者
負担分相当額、
調整交付金相当額

-

保険者機能強化推進
交付金等見込額、
準備基金取崩額

保険料収納必要額の主な抑制要因

●保険者機能強化推進交付金の交付

自立支援・重度化防止の取組状況に応じて交付されます。第9期の自立支援・重度化防止の取組に充てることで、保険料の上昇を抑制します。

●介護給付費等準備基金の取崩し

第8期までの介護保険事業運営において発生した余剰金を積み立てた基金です。取り崩して保険料に充当することで、保険料の上昇を抑制します。

⑤介護保険料月額基準額（月額）を算出

介護保険料
基準額
(月額)

=

保険料収納
必要額 ÷ 予定保険料
収納率

÷

3年間の
第1号被保険者 ÷ 12か月
延べ人数

第9期の介護保険料月額基準額は、約5,000円と見込まれます。

第8期比約700円減少
(減少率12.3%)

保険者機能強化推進交付金、介護給付費等準備基金の取崩しにより、月額約1,700円が抑制されています。

同じ計算方法で算出した令和12年度の介護保険料月額基準額は、約7,443円と見込んでいます。

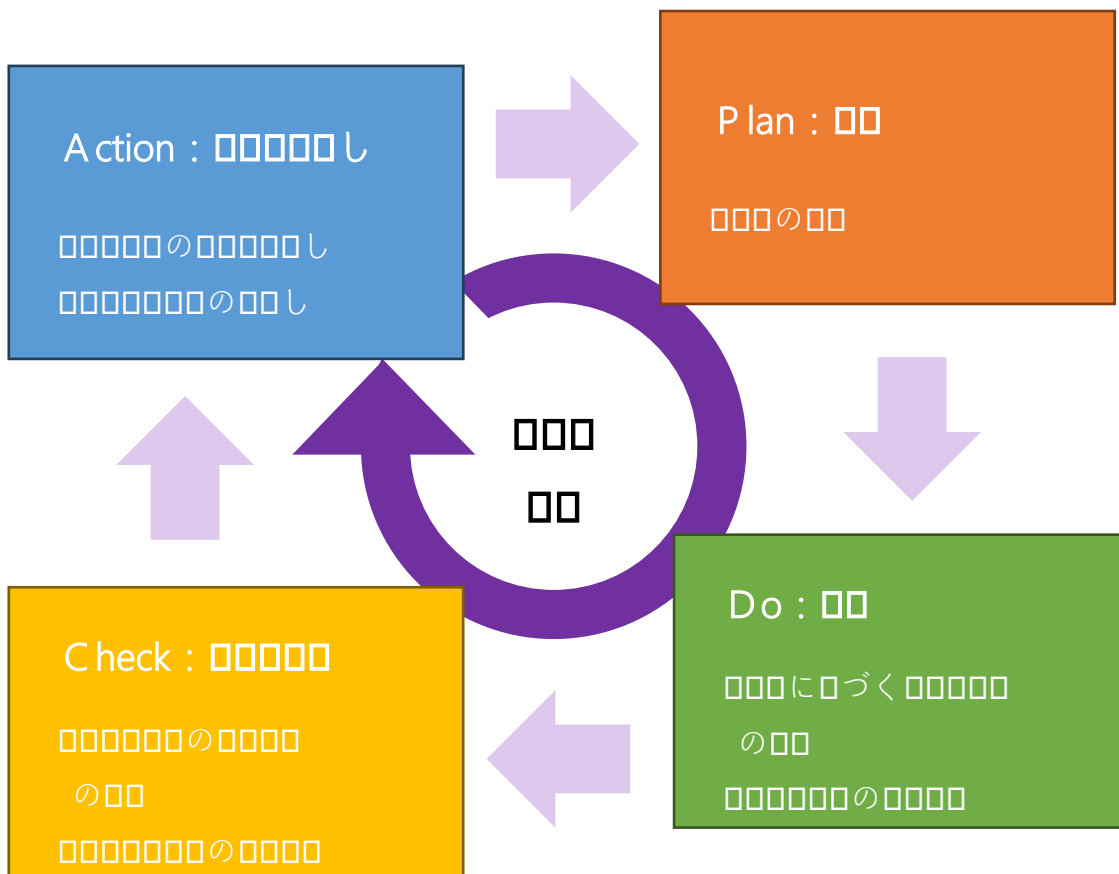
■おおよびの

単位:人

段階区分	令和6年度	令和7年度	令和8年度
第1段階	329	329	329
第2段階	256	256	256
第3段階	194	196	196
第4段階	273	300	310
第5段階	470	470	470
第6段階	454	454	454
第7段階	283	290	296
第8段階	138	140	140
第9段階	54	54	54
第10段階	38	38	38
第11段階	17	17	17
第12段階	8	8	8
第13段階	81	81	81
第1号被保険者数計	7,877		
所得段階別加入割合補正後被保険者数	8,213		

□ 6 □ □□の□□□□

計画の推進にあたっては、計画の円滑な実施に向けた施策事業の進行管理などを行います。また、計画を効果的かつ実効性のあるものとするために、計画・実施・評価・改善のPDCAサイクルを確立し、管理していきます。さらに、全町的な観点から本計画を推進するため、医療機関や社会福祉法人などの関係機関との連携を進めます。



第9期嘉島町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画

発行：令和6年3月

発行・編集：嘉島町 〒861-3192 熊本県上益城郡嘉島町上島 530 番地

電話：096-237-1111 FAX：096-237-2359
