

# **徳之島町高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画**

**素案**

**鹿児島県徳之島町**



# はじめに

## 目 次

第1章・第2章については、前回説明済みのため掲載を省略

第1章 計画の概要 .....	1
第2章 高齢者を取り巻く現状 .....	1
第3章 徳之島町地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて .....	2
1 地域包括ケアシステムの基本的考え方 .....	2
2 基本理念 .....	4
3 基本目標 .....	5
4 地域包括ケアシステムの深化・推進にむけた施策の展開 .....	7
第4章 施策の展開 .....	9
基本目標1 健康長寿で地域に貢献できる元気高齢者のまち .....	9
第1節 健康づくりと生活習慣病予防の推進 .....	9
1 健康づくりの推進 .....	9
2 高齢者における保健事業と介護予防の一体的な推進 .....	9
第2節 自立支援、介護予防・重度化防止への取組 .....	11
1 自立支援に向けた取組 .....	11
2 自立支援、介護予防・重度化防止に向けた取組の推進 .....	13
第3節 介護予防・日常生活支援総合事業の充実・強化 .....	15
1 介護予防・生活支援サービス事業 .....	16
2 一般介護予防事業 .....	19
基本目標2 誰もが居場所がありともに支え合うまち .....	22
第1節 地域活動や社会参加の促進 .....	22
1 社会参加の促進と活動機会の充実 .....	22
2 生涯学習活動の充実 .....	24
3 高齢者における就労促進 .....	24
第2節 生活支援体制の充実 .....	25
1 生活支援体制の整備 .....	25
2 家族介護者の支援 .....	28
3 地域資源の開発に向けた取組 .....	28
基本目標3 住み慣れた場所で、笑顔で暮らせる共生のまち .....	30
第1節 認知症施策の総合的な推進 .....	30
1 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進 .....	30
2 認知症支援体制の整備 .....	33
3 認知症ケア向上推進事業 .....	34
第2節 住まいや生活環境等の整備 .....	35
1 安心・安全な暮らしの確保 .....	35

2 権利擁護体制の充実強化.....	37
3 住まいの安定的な確保.....	38
<b>基本目標4 自らの選択のもとに、最期まで自分らしく暮らせるまち .....</b>	<b>40</b>
<b>第1節 地域包括支援センターの機能強化 .....</b>	<b>40</b>
<b>第2節 地域ケア会議の推進 .....</b>	<b>42</b>
1 個別課題・地域課題の解決への取組.....	42
2 地域ケア会議の開催.....	43
<b>第3節 在宅医療・介護連携の推進 .....</b>	<b>44</b>
1 在宅医療・介護連携推進事業の推進.....	44
2 在宅医療・介護の連携体制の強化.....	46
3 ターミナルケアへの対応.....	46
4 医療計画との整合性の確保.....	47
<b>基本目標5 介護サービス基盤が充実した自立支援を図るまち .....</b>	<b>48</b>
<b>第1節 介護保険給付の適正化 .....</b>	<b>48</b>
1 基本的な考え方.....	48
2 適正化事業の推進.....	49
<b>第2節 円滑な運営のための体制づくり .....</b>	<b>52</b>
1 介護サービス提供基盤の確保.....	52
2 地域密着型サービス事業者等の適切な指定、指導監査.....	52
3 サービス事業所への指導・助言及び新規参入への支援.....	52
4 地域包括支援センター運営協議会の設置.....	52
5 人材の育成・確保.....	53
6 低所得者対策.....	54
7 未納者対策 .....	54
<b>※第3節以降（サービス見込み量と事業費）については、最終段階で記載します。</b>	
<b>現在の試算状況については、当日に別途資料を配付します。</b>	
<b>第3節 介護保険サービスの見込み .....</b>	<b>55</b>
1 居宅サービス見込量.....	55
2 施設サービス見込量.....	63
3 地域密着型サービス見込量.....	65
4 地域密着型サービスの整備計画.....	68
5 サービス給付費の見込み.....	69
6 第1号被保険者保険料の見込み.....	71



## **第1章 計画の概要**

※第1回資料にてお示し済みのため省略

## **第2章 高齢者を取り巻く現状**

※第1回資料にてお示し済みのため省略

# 第3章 徳之島町地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて

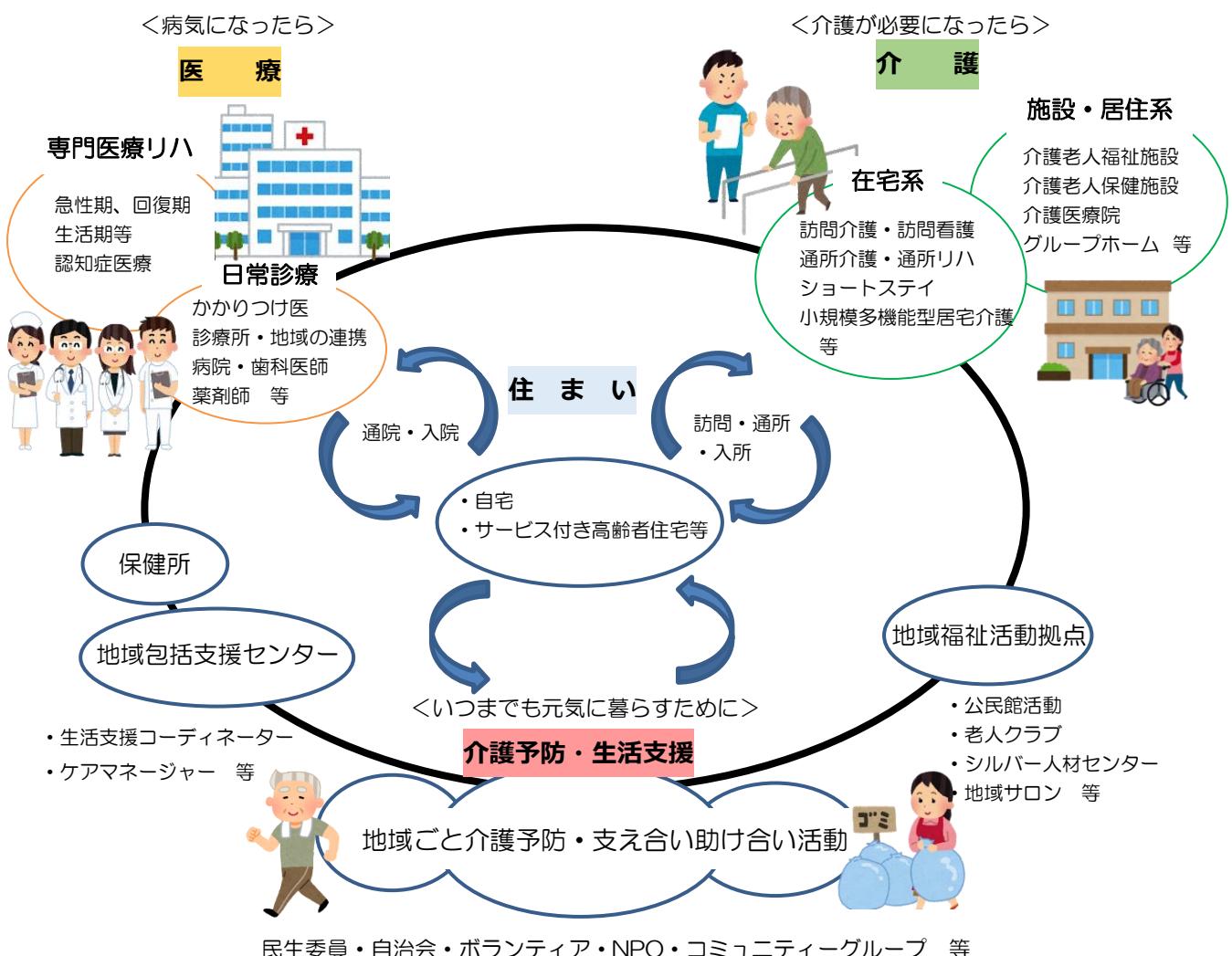
## 1 地域包括ケアシステムの基本的考え方

介護保険事業計画は、第6期から「地域包括ケア計画」として位置付け、2025年（令和7年）までの各計画期間を通じて地域包括ケアシステムを段階的に構築することとしています。地域包括ケアシステムは、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制です。

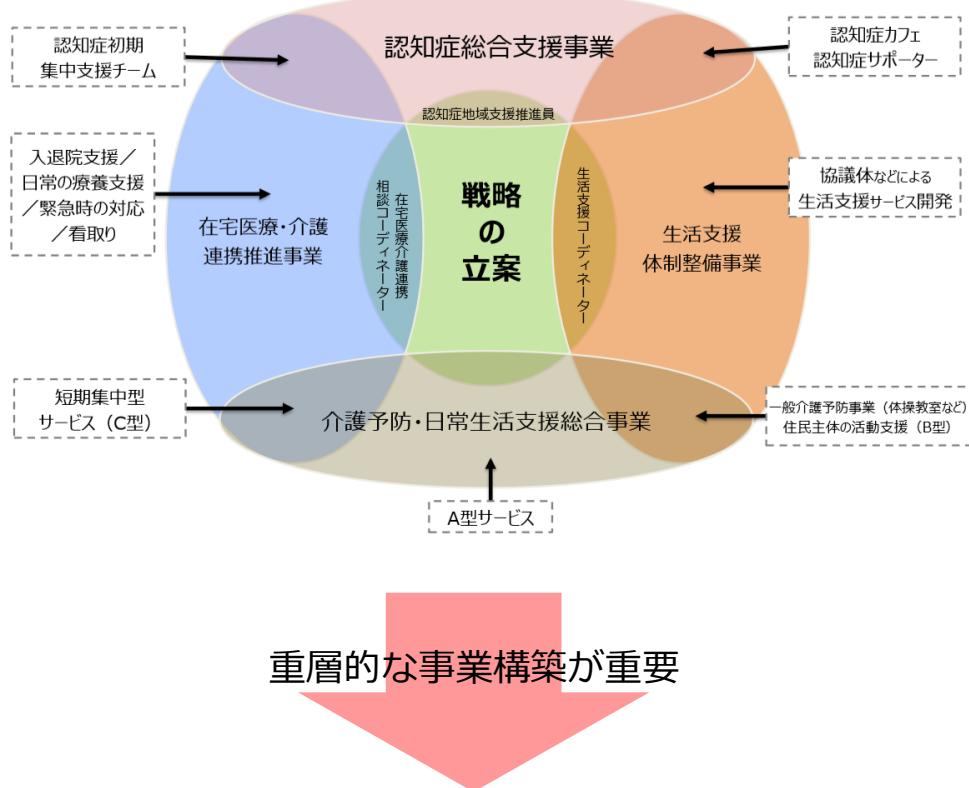
今後更に高齢化が進展していく中において、この理念を堅持し、地域包括ケアシステムをより深化・推進していく必要があります。特に、いわゆる団塊世代が75歳以上となる2025年（令和7年）、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年（令和22年）を見据え、「地域包括支援センター」が中心となり、地域包括ケアシステムの構築を進めます。

そのためには、高齢者を一方的に、支援を受けるだけの社会的弱者としてとらえて地域社会から分離・隔離するのではなく、地域社会に参画し活躍する、社会の一員としてとらえることが必要です。

「図表：地域包括ケアシステムの姿」



## 地域支援事業に組み込まれている地域包括ケアシステムの構成要素イメージ



資料: 厚生労働省 地域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業報告書

## 2 基本理念

本計画の上位計画である第6次徳之島町総合計画（令和4年9月策定）において、高齢者福祉・介護保険分野は「基本目標2 支え合いで、だれもが幸せを感じるまちづくり」の中で、「高齢者福祉の充実」として計画に位置付けられています。本計画においては、第6次徳之島町総合計画及び第8期計画との関連性・継続性を踏まえ、基本理念を次のとおりとします。

**誰もがいきいきと元気に、地域でつながりあい、  
助けあえる 笑顔と共生のまち**



<基本的なポイント>

介護保険法その他関係法令の改正・介護保険制度改正の内容



<基本的な考え方>

- ・ 中長期的な人口動態や介護ニーズの見込みをふまえること
- ・ 地域における資源を最大限に活用すること
- ・ 介護保険制度の持続可能性を高めること



<基本目標及び施策の方向性・数値目標の設定>

基本理念を達成するための「基本目標」を設定し、それぞれの基本目標に沿った施策の方向性及び「数値目標」を設定



<給付費の推計・保険料の設定>

計画の方向性をもとに、計画期間における介護給付費及び地域支援事業費の推計を行い、介護保険料の基準月額等を設定

### 3 基本目標

基本目標  
1

#### 健康長寿で地域に貢献できる元気高齢者のまち

高齢者が健康で自立した生活を送ることができるように、自主的・積極的な介護予防・健康づくりを促進します。

- ・誰もが住みやすい快適な歩行者空間の整備や公共施設等のバリアフリー化、移動交通手段の確保等を推進します。
- ・住民自らが健康と元気を維持する意欲を持つとともに、身近な地域で取り組める体操や自宅でできる体操の普及など、介護予防効果が高い活動の場の拡充を図ります。
- ・高齢者が地域づくりや担い手の主役となり、多様な居場所づくり、互助活動の推進などの役割を持ち、さらには地域活性化につながる施策を推進します。

基本目標  
2

#### 誰もが居場所があり共に支えあうまち

心の豊かさや生きがいを持った暮らしにつながるように、高齢者の仲間づくりや社会参加の機会・通いの場づくりの参加促進を図ります。

- ・高齢者に限らず、子育て世代や障がいをもつ人など、多様な人々が地域で交流でき、誰でも参加できる通いの場や居場所づくりをすすめることで、人と人がつながり、助け合える共生社会を推進していきます。
- ・ひとり暮らしでも、安心して暮らし続けられるよう、地域での見守り、支えあい活動の充実と多様なニーズに対応する生活支援の拡充を図ります。
- ・買い物支援や配達サービスなど、多様な生活支援の社会資源を充実させ、誰もが暮らしやすいまちづくりをすすめます。

基本目標  
3

#### 住み慣れた場所で、笑顔で暮らせる共生のまち

高齢者的人権を尊重し、虐待防止や権利擁護を推進します。認知症高齢者に対しては、地域とともにみまもることができる仕組み・体制づくりに努めます。また、高齢者に配慮したまちづくりや多様な住まいの確保に努めます。

- ・認知症や、さまざまな障がいがあっても、本人の望む暮らしを中心として、穏やかに笑顔で暮らせるまちづくりをすすめます。
- ・認知症に対する理解を深め、地域でサポートできることで住み慣れた家で穏やかに地域との交流を持って住み続けられる地域づくりを推進します。
- ・個々をサポートする医療機関や介護支援、相談支援の連携を強化し、早期から共に寄り添いつなぐ支援を行っていく体制づくりをすすめます。
- ・高齢者等の虐待防止と対応に取り組み、誰もが尊厳を持って暮らせるまちづくりを推進します。

## 自らの選択のもとに、最期まで自分らしく暮らせるまち

高齢者が生涯を通じて、地域で安心して暮らし続けるために、地域包括支援センターの機能強化や地域ケア会議の推進をはじめ、関係機関・団体などとの一層の連携を図ります。また、高齢者の地域生活を支えるために、介護と医療の一層の連携を図ります。

- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域で自分らしい生活ができる「地域包括ケアシステム」を推進していきます。
- ・誰もが、自分の最期の在り方を考え、周囲が理解し本人の選択を尊重できる体制づくりを普及していきます。
- ・医療介護の連携を図り、本人の意思・選択を尊重し、変化する気持ちに寄り添い、サポートできるチームケアが提供できる体制づくりに努めます。

## 介護サービス基盤が充実した自立支援を図るまち

支援が必要な高齢者が、必要な介護保険サービスや高齢者福祉サービス等の情報を得ることができ、気軽に相談できる体制づくりに努めます。また、地域資源・人材を活用した取組みを進めます。

- ・介護負担を軽減し、仕事と介護の両立が可能となるよう、多様なサービスや支援を医療介護と地域が、一体となって提供できる体制づくりをすすめます。
- ・自立支援の理念を共有し、介護予防から重症化予防まで、一貫して適切かつ効果的な支援が提供できる体制を構築していきます。
- ・要介護認定や介護給付の適正化に取り組むことにより、介護保険事業の適正な運営に努めます。

## 4 地域包括ケアシステムの深化・推進にむけた施策の展開

### 地域包括ケアシステムの深化・推進

#### 自立支援、介護予防・重度化防止への取組の推進

→様々な地域資源を活用し、高齢者一人ひとりの状態に応じた自立支援、介護予防・重度化防止の取組を推進します。

#### 在宅医療・介護連携の推進

→地域包括支援センターが中心となり、医療と介護のネットワーク構築を推進します。

#### 地域ケア会議の推進

→高齢者個人や地域課題を共有するとともに、その解決に向け、多職種協働による取組を推進します。

#### 認知症施策の総合的な推進

→新オレンジプランと整合性を図りながら、認知症施策を総合的に推進します。

#### 生活支援体制の充実

→多様な生活支援サービスの供給体制を構築し、地域における支え合い体制づくりを推進します。

#### 住まいや生活環境等の整備

→住み慣れた地域で安心・安全に暮らし続けられるよう、生活環境の整備に努めます。

#### 地域活動や社会参加の促進

→地域の高齢者の主体的な参加を促しつつ、多様な社会参加の場づくりを推進し、活動機会の充実を図ります。

### 地域包括ケアシステムの中核機関(地域包括支援センター)

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

本町においても、地域の高齢者の心身の健康保持、介護・保健・福祉・医療の向上、生活の安定のために必要な援助・支援を包括的に行う中核機関として、町直営の「徳之島町地域包括支援センター」を設置しています。

### 【地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要



### 「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシス

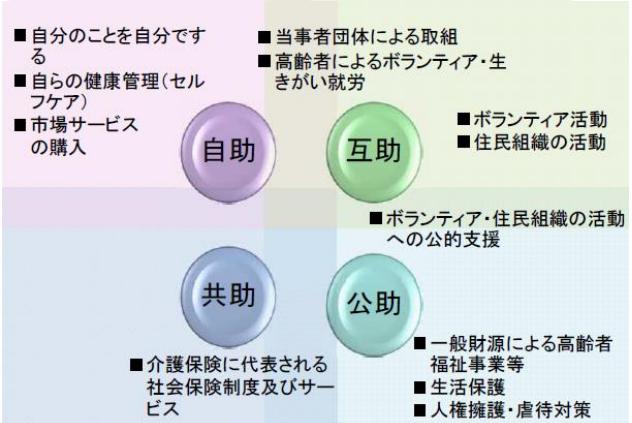


図)三菱UFJリサーチ＆コンサルティング「<地域包括ケア研究会> 地域包括ケアシステムと地域マネジメント」  
(地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業)、平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016年

## 第4章 施策の展開

### 基本目標1 健康長寿で地域に貢献できる元気高齢者のまち

#### 第1節 健康づくりと生活習慣病予防の推進

##### 1 健康づくりの推進

###### (1) 健康相談・健康教育

高齢者の健康づくりについては、「誰もが健やかに暮らせるまちづくり」という目標のもとに高齢者の健康増進に取り組んでおり、今後も引き続き、健康づくりの取組を進めます。

要支援・要介護の認定が必要になった原因疾患は、筋骨格の病気と悪性新生物を除くと、生活習慣病が多く占めていることから、健診の受診率の向上や適切な保健指導の実施に努めるとともに、生活習慣病予防やコントロールに向けた健康教室の開催や運動しやすい環境づくりを行い、生活習慣の改善を図ります。

総人口の40%が高齢者という本格的な超高齢社会を迎える令和22年(2040年)に向けて、高齢者ができる限り身体機能を維持・向上できるよう、介護予防を意識した健康づくりを推進します。

###### (2) フレイル予防の推進

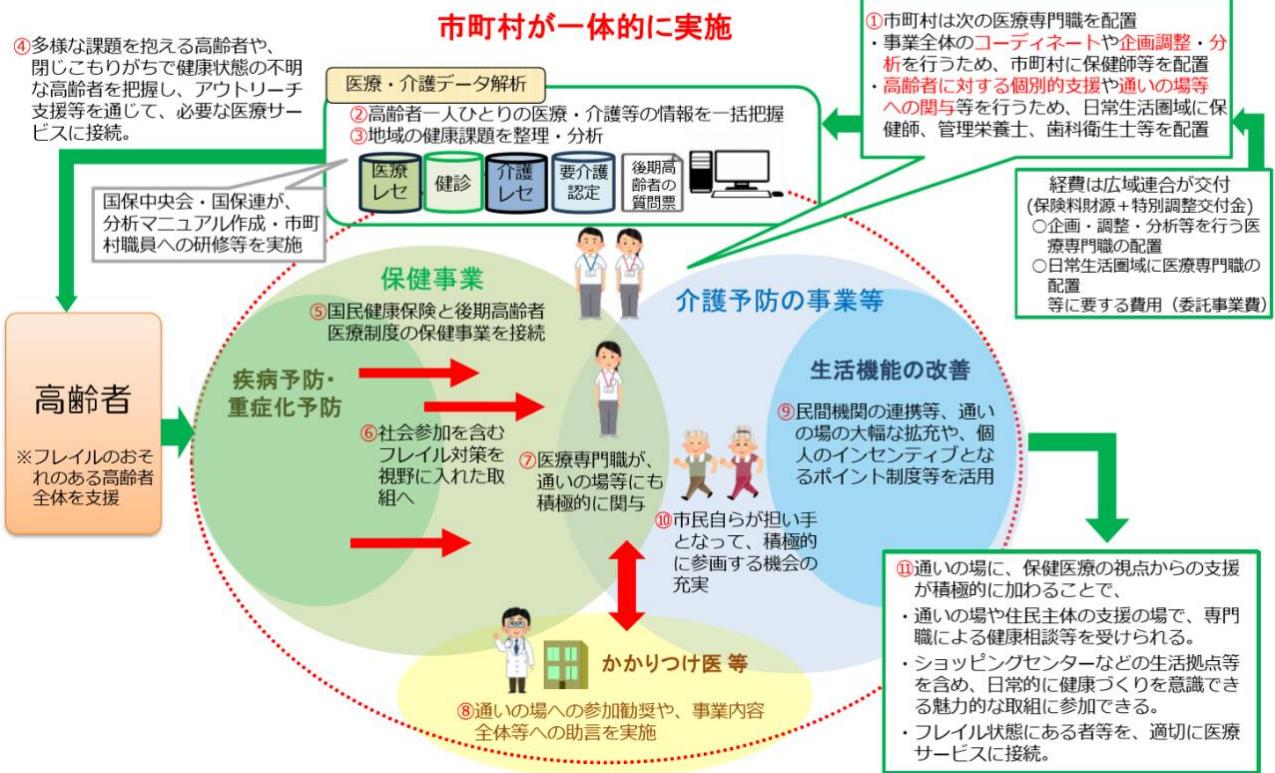
フレイルとは、加齢と共に心身の活力（筋力や認知機能等）が低下し、生活機能障がい、要介護状態などの危険性が高くなった状態のことで、多くの人が健康な状態からフレイルを経て要介護状態になると考えられています。フレイルの原因としては、低栄養や筋力の低下などの身体的原因、うつや認知症などの精神的原因、閉じこもりや生活困窮などの社会的原因の3つの原因で構成されています。

フレイル予防を推進するため、日々の生活習慣改善を促し、フレイルチェックや各種健診（検診）の受診勧奨に努めます。

##### 2 高齢者における保健事業と介護予防の一体的な推進

令和元年度より、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に取り組んでおり、フレイル対策を中心に高齢者の特性にあった取組を進めています。

国保・後期高齢者保健事業と介護予防の連携・協働のもと、各地域サロンでの運動・栄養・口腔に関する講話や実践支援、個別訪問での健康支援などを実施し、健康寿命の延伸を図ります。



## 第2節 自立支援、介護予防・重度化防止への取組の推進

### 1 自立支援に向けた取組

#### (1) 自助と互助の拡充

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

地域の通いの場を通じ、参加者が互いに意識を高め、自らの健康に対して適切な知識や情報を得ながら、具体的に健康・介護予防活動が出来るよう、身近な場で参加しやすい機会・住民主体の場の拡充を含め、支援に努めます。

また、積極的に健康づくりに取り組む住民の意識啓発とともに、高齢者元気度アップ・ポイント事業の活用、介護予防ファイルの普及等、日々の日課に定着できるよう、行政として自助活動を活性化・定着化できる支援を行っていきます。

#### (2) 自立支援の理念の共有

医療福祉の専門職はもちろん、住民個々が介護保険制度の理念である「自立支援」について、改めて共通理解を持つことが大切です。地域での介護予防の取組から、個々のアセスメントを踏まえた自立支援に向けた介護サービスの提供による重度化予防まで、途切れることなく、一貫した介護予防体制の充実に取り組んでいきます。

そのためには、地域ケア会議等の意識統一の場を中心として、生活機能向上に向けた適切な医療介護の支援や、地域での多様な受け皿づくり等、地域一体となった体制づくりを進めていきます。

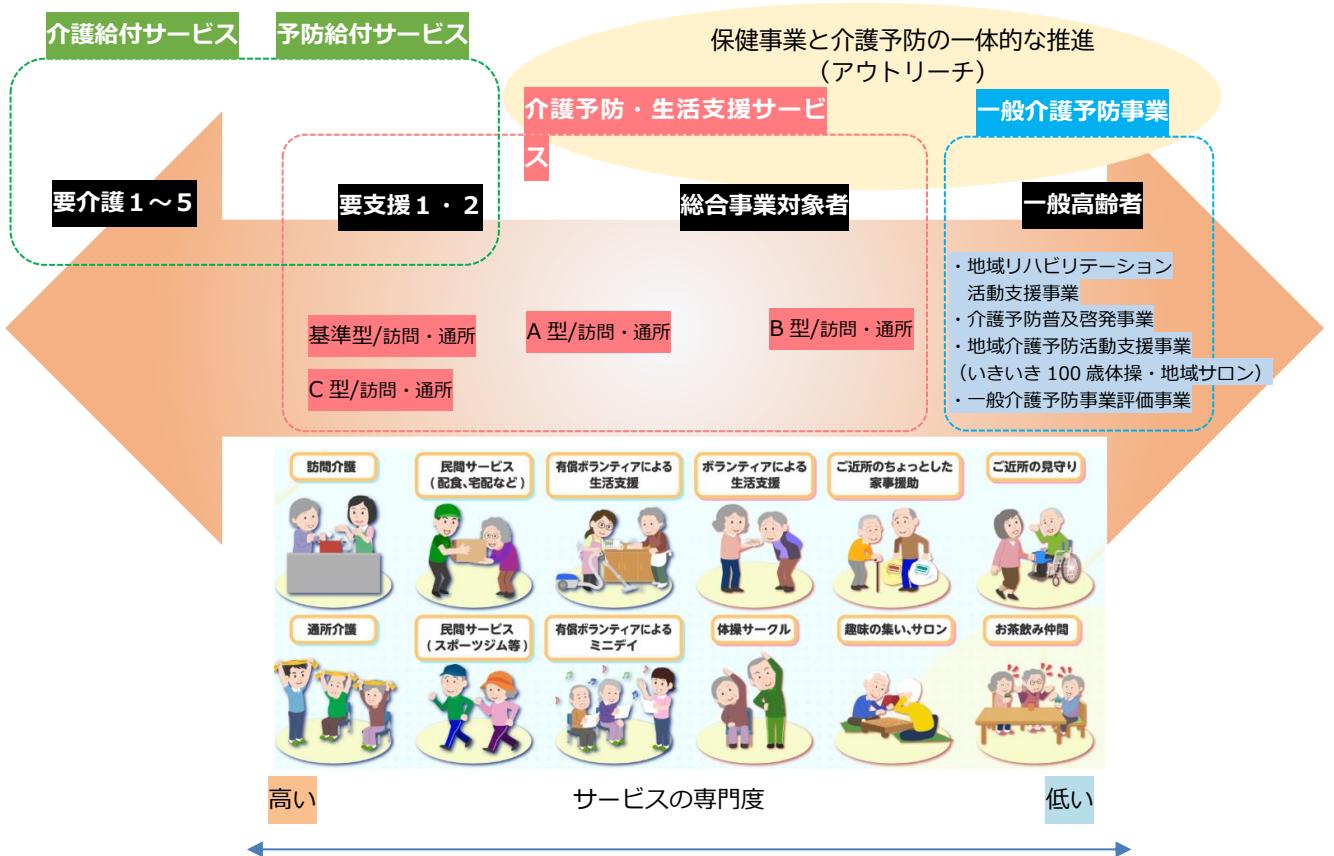
#### (3) 重度化予防とチームケア体制の構築

後期高齢者の増加に伴い、認知症や医療依存度の高い方なども増加していくことが予測されます。中重度になっても、出来る限り住み慣れた場所で生活が続けられるためには、本人の意思を尊重しながら、より質の高いチームケアの提供が重要となります。

自立支援に向けたケアマネジメント機能が重要であることから、チームケアを構築する介護支援専門員の資質向上を図るため、地域ケア会議への多職種参加をすすめ、より充実させていきます。

医療や介護の在り方は、より一層本人の意志や希望に基づく対応が望まれることから、本人の選択に基づき、最期まで自分らしい暮らしを保証できる、質の高いチームケアを展開していく体制づくりを行っていきます。

## 徳之島町における自立支援、介護予防・重度化防止への取組



## (4) 地域リハビリテーションの推進

高齢者の介護予防、要介護状態の軽減・重度化防止を図るうえで、リハビリテーションサービスの適切な提供が必要です。

リハビリテーションによって、単なる心身機能等向上のための機能回復訓練のみではなく、潜在する能力を最大限に發揮させ、日常生活の活動能力を高めて家庭や社会への参加を可能にし、自立を促すことが重要です。

このため、心身機能や生活機能の向上といった高齢者個人への働きかけはもとより、地域や家庭における社会参加の実現等も含め、生活の質の向上を目指すため、リハビリテーションサービスを計画的に提供できる体制を構築することが重要となります。

今後においても、島内3町にて各分野の連携を深めつつ、保健・医療・福祉関係諸機関への普及・啓発等の自主的な活動の支援を総合的に推進します。

なお、在宅要介護者を支えるため、訪問リハビリテーションや介護老人保健施設による在宅療養支援などを図ることが重要です。

## 2 自立支援、介護予防・重度化防止に向けた取組の推進

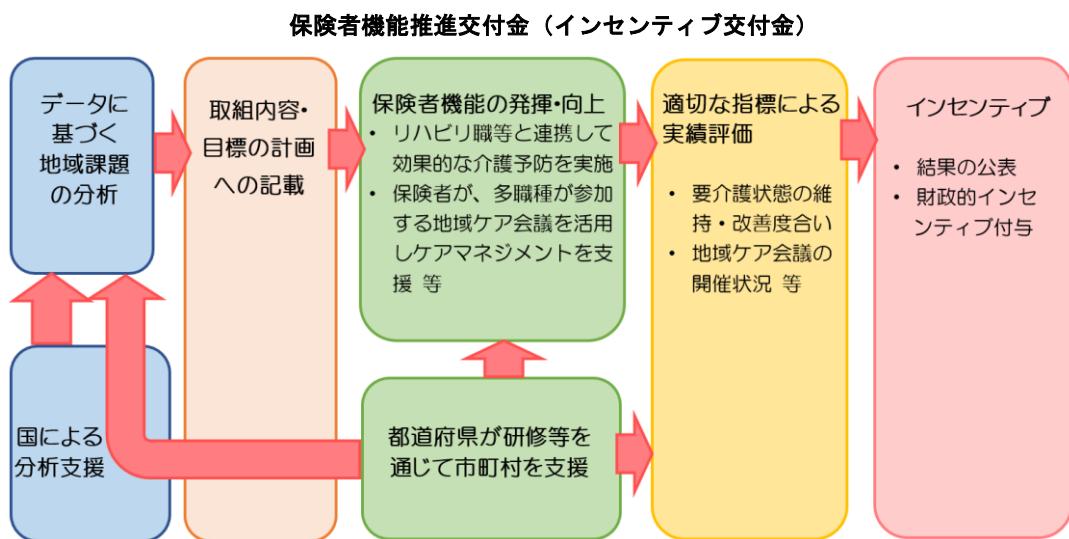
国において、高齢者の自立支援・重度化防止などに向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、PDCAサイクルによる取組が制度化されました。

この一環として、自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるよう、客観的な評価指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止などに関する取組を推進するための新たな交付金が創設されました。

2025年以降は、現役世代（担い手）の減少が顕著となり、地域の高齢者を支える人的基盤の確保が大きな課題となります。

こうした中で、介護サービス基盤の整備に加えて、予防・健康づくりの取組等を通じて、地域のつながり強化につなげていくことが求められます。

本町においては、今後も様々な取組の達成状況を評価できるよう、客観的な指標を設定し、高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進します。



### PDCAにおける進捗管理のための3つの指標

- 指標1 介護保険事業計画上の見込量等の計画値**  
・計画値と実績値の比較（利用者数、利用日数・回数等）
- 指標2 自立支援・重度化防止等の「取組と目標」**  
・被保険者の地域における自立した日常生活の支援  
・要介護状態となることの予防/要介護状態等の軽減、悪化の防止  
・介護給付等に要する費用の適正化に関する取組状況を評価する指標
- 指標3 保険者機能強化推進交付金に関する評価指標**  
・財政的インセンティブの指標

## 自立支援、介護予防・重度化防止に向けた目標設定

### 自助・互助の拡充に向けた取組内容と数値目標

重点施策・取組内容及び評価項目	現状 (令和5年度)	目標 (令和8年度)
住民主体の通いの場を拡充し、参加率を高める		
地域サロン受託地区の増加	10 地区	12 地区
サロンを含む住民主体の通いの場の増加	32 か所	35 か所
介護予防の場への 65 歳以上参加率	24.1%	30.0%
高齢者元気度アップ・ポイント事業登録者数	762 名	1,000 名
介護予防ファイルの活用率の増加		20.0%
地域の互助活動を担う高齢者を含む人材の育成		
高齢者元気度アップ地域包括グループ登録数	32 団体	35 団体
地域活動人材バンクの登録・活用	有	有
生活応援隊登録者数(活動者数)の増加		120(120)

### 自立支援の理念共有に向けた取組内容と数値目標

重点施策・取組内容及び評価項目	現状 (令和5年度)	目標 (令和8年度)
専門職が自立支援の理念を理解し共有できる		
多職種が参加する地域ケア会議の定期開催	年 10 回	年 12 回
地域ケア会議へのケアマネジャーの参加率	100.0%	100.0%
介護事業所関係への研修会の開催	年1回	年1回以上
地域リハビリテーション体制の整備・派遣	年2回	年4回以上

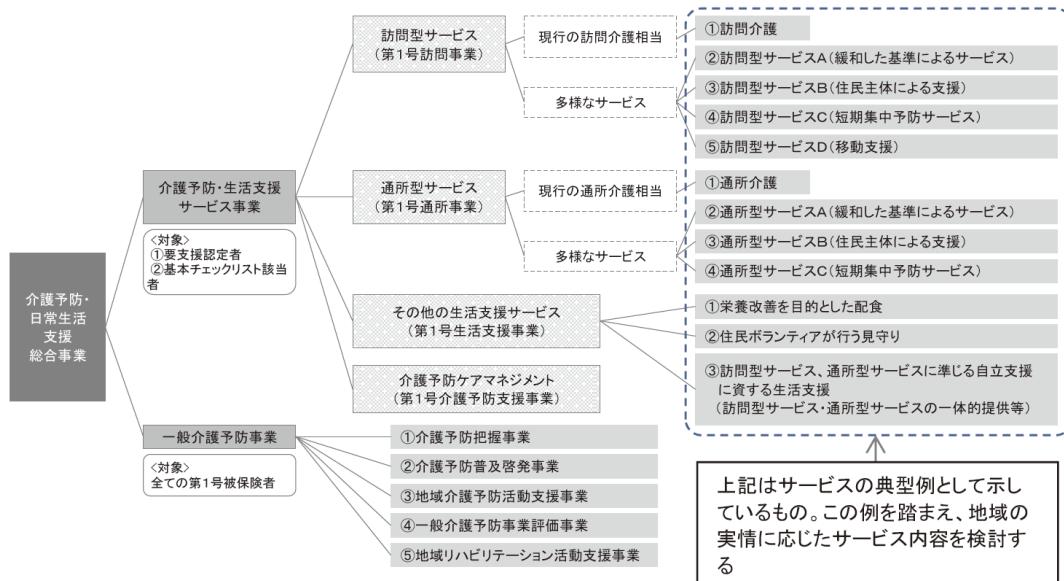
### 重症化予防に向けた取組内容と数値目標

重点施策・取組内容及び評価項目	現状 (令和5年度)	目標 (令和8年度)
要介護状態の維持・改善ができる		
要介護認定者数の維持・減少	466	500
要介護認定者割合の維持・減少	13.6	15
要介護認定者の介護度の変化		減少
要介護認定基準時間の変化		減少
要介護認定基準時間当たりの単位数		減少
在宅支援体制の充実		
在宅医療介護に関わる研修や事例検討の開催	年2回	維持
居宅介護支援事業所の医療連携加算取得率		維持
終末期医療について話をしている高齢者の割合		50
病院以外で最期を迎える高齢者の割合		75
在宅(施設)看取り数の増加	75	90

### 第3節 介護予防・日常生活支援総合事業の充実・強化

介護予防・日常生活支援総合事業は、町が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支えあいの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すものです。高齢化率が高まり、担い手となる年齢層が減少していくことが予想されており、一方では独居や高齢者夫婦世帯の増加で生活支援等のニーズは増大していきます。元気な高齢者がそれぞれの地域で介護予防や生活支援の担い手となる仕組みをつくり、限られたサービスを効率的・効果的に提供していくことが必要となります。

また、地域で社会参加できる機会を増やしていくことが、高齢者の介護予防にもつながっていきます。身近な場での参加しやすい介護予防と交流の場づくり、支えあいの活動を拡充していくことで、高齢になっても元気で活動でき、介護が必要になっても住み慣れた地域で支えあい、生活を続けていくことができる地域づくりを目指して推進していきます。



日常生活支援総合事業		予防給付
一般介護予防	介護予防・生活支援サービス	
<ul style="list-style-type: none"> <li>●地域サロン</li> <li>●地域サロン交流会</li> <li>●介護予防研修会</li> <li>●高齢者元気度アップ・ポイント事業</li> <li>●ふれあいの館 いっちも～れ</li> <li>●地域リハビリテーション活動支援事業</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問型サービス</li> <li>○訪問介護</li> <li>○訪問介護B(社協)</li> <li>○訪問介護C</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>通所型サービス</li> <li>○通所介護</li> <li>○通所介護B(集落委託)</li> <li>○通所介護C</li> <li>○直営型介護予防教室</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>生活支援サービス</li> <li>宅配給食(社協)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>△訪問看護</li> <li>△訪問リハビリテーション</li> <li>△通所リハビリテーション</li> <li>△居宅療養管理指導</li> <li>△短期入所生活介護</li> <li>△認知症対応型通所介護</li> <li>△福祉用具貸与</li> <li>△福祉用具購入費支給</li> <li>△住宅改修費支給</li> </ul>

## 1 介護予防・生活支援サービス事業

### (1) 訪問型サービス

要支援者等に対し、利用者の自宅において入浴や家事動作等の自立を図るための生活機能向上への取組や、調理・洗濯などの日常生活支援を行うサービスです。

訪問型サービスBに関しては、徳之島町独自でサービスを展開しており、住民による地域支え合いの仕組みである有償ボランティアの育成・拡充に努めています。

既存の訪問介護事業所によるサービス提供に加え、ホームヘルパー、有償ボランティア、シルバー人材センター、NPO、商工会、その他地域の多様な社会資源を活用して、個々の生活支援のニーズに見合ったサービスを提供します。

訪問介護相当サービス	現行の訪問介護の人員配置の下、事業所のヘルパー等が家庭を訪問し利用者の生活機能維持、向上を図る観点から、身体介護、生活支援サービスの提供を行います。
訪問型サービスA (基準緩和)	現行の訪問介護予防訪問介護の人員基準を緩和しヘルパー等が、日常の掃除、洗濯、家事等の生活支援サービスの提供を行います。
訪問型サービスB (住民主体)	地域の有償ボランティア等が行う家事・生活支援です。社会福祉協議会へ運営委託し、コーディネーターのもとにきめ細かい支援が出来るように調整します。町の協力のもとにボランティア養成講座を毎年度開催し、人材育成に取り組んでいます。
訪問型サービスC (短期集中)	医療機関に委託し、所属するリハビリ専門職により、生活動作、家事動作等の自立に向けて本人、家族、介護スタッフ等へ助言指導を行います。

訪問型サービス 利用者数	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
訪問介護						
訪問介護 A						
訪問介護 B						
訪問介護 C						

## (2) 通所型サービス

要支援者等に対し、機能訓練や集いの場などを提供し、心身機能の維持や改善を図るとともに、日常生活上の支援を行っていくサービスです。

多様な実施主体の参画を図り、様々なニーズに対応できる事業展開を検討していきます。

また令和2年度より、後期高齢者事業や保健センターの健康増進事業、社会福祉協議会と連携し、一体化事業を実施に取り組んでいます。

身近な場所での地域活動や・社会参加活動を通じて、住民一人一人の健康意識を高めるとともに、効果的に介護予防活動や健康活動に取り組めるよう、住民主体の場の充実を図ります。

通所介護相当サービス	現行の介護予防通所介護事業所の人員基準による職員配置の下、デイサービス事業所において入浴や食事、その他の日常生活に必要な介護サービスの他、自宅までの送迎サービスを行います。
通所型サービス A (基準緩和)	送迎を含む短時間の通所事業、脳活性化活動、運動機能向上の取組を実施するサービスですが、B型サービスの充実により対応していきます。
通所型サービス B (住民主体)	地区公民館等で定期的に実施される通所活動になります。
通所型サービス C (短期集中)	通所による身体機能、生活機能向上の取組を行います。

通所型サービス 利用者数	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
通所介護						
通所介護 A						
通所介護 B						
通所介護 C						
直営型介護予防教室						

### (3) その他の生活支援型サービス

独居や高齢者夫婦で調理困難な状態の方に、必要に応じて栄養改善や見守りのための宅配給食サービスを実施しています。(利用者の中には糖尿病の方もおり、宅配給食サービス以外での食事管理が必要な状況となっています。)

令和2年度より高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業が開始され、必要に応じて管理栄養士による指導等の個別支援も行っています。

また、壮年期からの健康づくりに対する意識づくり、普及啓発活動を行うとともに、要支援者等の生活を支援するために、生活ニーズに対するサービス提供の充実に努めます。

利用者数	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
宅配給食サービス						

### (4) 介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントは、要支援者等から依頼を受けて、介護予防・生活支援サービスを利用するにあたり、その心身の状況や環境などに応じ、要支援者の状態等に合った適切なサービスを効率よく提供できるよう必要な支援を行います。

実施に当たっては、利用者の心身機能、活動状況を総合的に把握し、要支援状態に至った原因やその背景を踏まえて、心身機能の維持改善を図るための具体的な目標及び支援を本人・家族と話し合いながら行っています。

予防レベルの方は、本人の能力が高いことから、ケアプランにはセルフケアを重視し、家庭や地域での取組を位置付け、必要に応じて総合事業や予防給付によるサービス提供を図ります。引き続き、地域包括支援センター内や、委託先事業所における介護予防ケアマネジメントの方針を統一し、OJT や事例検討等による質の向上を図ります。

## 2 一般介護予防事業

一般介護予防事業は、高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進するとともに、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割をもって生活できる地域の実現を目指します。

新型コロナウイルスの流行により低下した通いの場への参加率の向上を図ります。

### (1) 介護予防把握事業

地域のネットワークを通して情報を把握するとともに、各関係機関や他課からの情報提供、高齢者実態把握調査などで閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、必要な支援へつなげる事業です。

地域や関係機関とのネットワークの強化を図り、地域からの情報提供等により、介護予防を必要とする高齢者の早期把握に努めます。

### (2) 介護予防普及啓発事業

地域の自主活動組織を対象とした介護予防研修会や、一般高齢者に向けた介護予防講演会など、多様な事業により地域における介護予防活動の気運を高めるよう推進しています。

現在、サロン交流会や講演会、広報等を活用し、介護予防への取組を推進するとともに、専門職（保健師・歯科衛生士・管理栄養士等）による、出前講座を実施しています。

今後も生活習慣病予防や介護予防、健康に関する正しい知識や、転倒予防、認知症等に関する知識の普及事業を実施し、介護予防の重要性についての意識啓発に努めます。

また、介護予防は生活習慣病との関連も深いため、若・壮年期からの一連の健康づくり事業の中核として位置づけ、連続した取組ができるよう健康づくり部門との連携、強化に努めます。

#### ●地域サロン交流会

事業内容						
事業実績	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
延べ参加者数(人)						
延べ回数(回)						

### ●介護予防研修会

事業内容						
事業実績	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
延べ参加者数(人)						
延べ回数(回)						

### ●ふれあいの館 いっちも～れ

事業内容	高齢者等が自由に交流や生きがいづくり、悩みなどを互いに相談できる場を提供します。					
事業実績	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
延べ参加者数(人)						
延べ回数(回)						

## (3) 地域介護予防活動支援事業

本町では、住民運営の通いの場を充実し、人ととのつながりを通じて、参加者や通いの場の活動が継続的に拡大していく地域づくりを推進し、介護予防の効果を高めるとともに、生きがい・役割をもって生活できる地域の実現を目指しています。

現在、地区自治会が地域の高齢者を対象とした地域サロンを受託しており、今後も受託地区が増えるよう支援を行っていきます。また、高齢者元気度アップ・ポイント事業により、地域での自主的な活動及び参加者が増えており、今後とも更なる充実が必要です。

高齢者が、身近な地域で多様な活動に参加できることで心身機能の維持が期待でき、また担い手となる高齢者が生きがいをもち、いきいきと暮らせる地域づくりにつながることから、地域における自発的な介護予防に資する活動の育成・支援を行います。

### ●地域サロン（社会福祉協議会委託）

事業内容	在宅高齢者を対象に集落単位での支え合い集いの場の拠点を確保し、誰でも気軽に参加できる高齢者の生きがいづくりや健康維持、孤立防止などを行っています。					
事業実績	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
延べ参加者数(人)						
延べ回数(回)						

### ●地域サロン（地区自治会実施）

事業内容	在宅高齢者を対象に集落単位での支え合い集いの場の拠点を確保し、誰でも気軽に参加できる高齢者の生きがいづくりや健康維持、孤立防止などを行っています。					
事業実績	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
集落数						
延べ参加者数(人)						
延べ回数(回)						

### ●高齢者元気度アップ・ポイント事業

事業内容	65歳以上の高齢者を含む任意の団体が行う互助活動、及び高齢者の新たに社会参加活動に参加することに対してポイントを付与し、ポイントを蓄積したグループの申し出に基づき、蓄積されたポイントに応じて地域商品券に交換します。					
事業実績	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
登録者数(人)						
商品券交換枚数(枚)						

## （4）一般介護予防事業評価事業

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

年に1回地域包括支援センター運営協議会を開催し、一般介護予防事業の実施状況、計画に対する目標の達成状況の把握など、計画的に事業評価を行っています。引き続き定期的な運営協議会の開催を行い、効果的な事業運営を目指します。

## （5）地域リハビリテーション活動支援事業

地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する事業です。

介護予防・重度化防止がより効果的に実施できるよう、島内3町の医療機関の協力のもと、リハビリ専門職の派遣協力体制の構築・強化に努めます。

## 基本目標2 誰もが居場所がありともに支え合うまち

### 第1節 地域活動や社会参加の促進

#### 1 社会参加の促進と活動機会の充実

##### (1) 高齢者クラブの活性化と活動支援の充実

高齢者クラブ連合会では、スポーツ大会、花いっぱい運動、にこにこフェスティバル、研修会等を開催して、高齢者のいきがい活動、健康増進に大きく寄与しています。また、各高齢者クラブが各地区の自治公民館の清掃を定期的に実施する美化活動事業を実施し、地域への奉仕活動に役立っており、高齢者の主体的な活動を促進するため、今後も高齢者クラブ助成事業を継続して実施していきます。また、単位高齢者クラブへの健康教育を実施し、健康で活力のある高齢者の増加を図ります。

利用者数	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
会員数						

##### (2) 異世代交流の推進

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活していくためには、介護保険や公的な福祉サービスだけでなく、身近な住民による支えあいや声かけ、見守り活動が重要になります。各高齢者クラブ等を中心とした伝統行事の継承活動の充実や異世代間の交流活動を通じて、地域の中での交流が育まれるように、学校や各関係団体のネットワークを形成し、地域の住民の主体的な活動を支援していきます。

##### (3) 地域の多様な主体との連携による地域共生社会づくり

高齢者が生き生きと豊かに生活していくには、行政の公的サービスの提供のみならず、社会とのかかわりを持ちながら、生きがいのある生活を送ることが重要となっています。

身近な地域の中で、世代を超えて一緒に活動したり、交流したりすることは、高齢者の健康づくりには欠かせない要素です。

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

令和4年度より、介護ボランティアポイント事業を開始し多世代による高齢者支援ボランティアの充実を図っています。

高齢者や障がい者等が自由に交流や生きがいづくり、悩みなどを相談できる支え合いの館「いっしも～れ」等の多様な居場所づくり、活用できる場の支援に努めます。

### 介護ボランティアポイント事業

利用者数	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
利用人数						

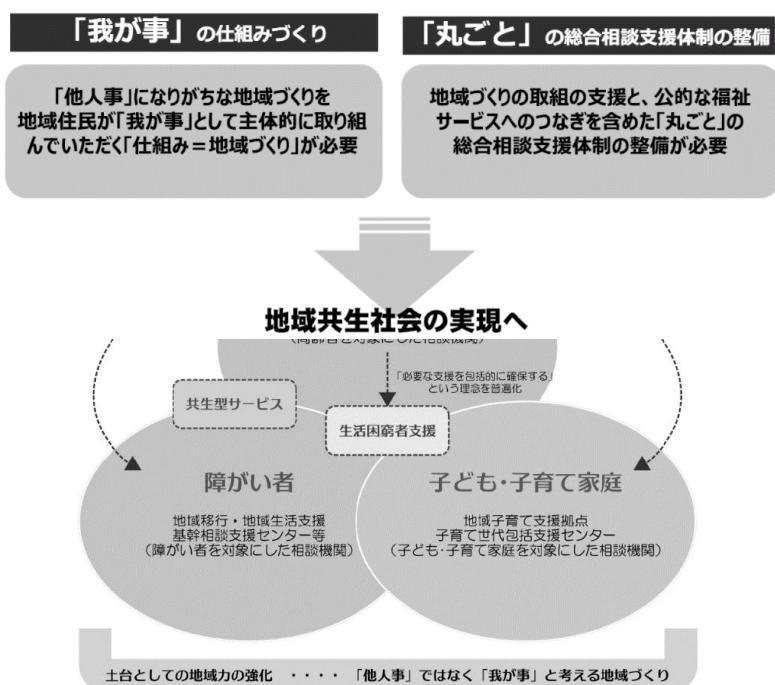
### 地域共生社会の概要

今後、高齢化が一層進む社会の中で、地域で高齢者の生活を支える「地域包括ケアシステム」は、地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となるものです。

その実現に向けては、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成 29 年法律第 52 号）」により「社会福祉法（昭和 26 年法律第 45 号）」が改正され、地域住民と行政などが協働し、公的な体制による支援と影響し合い、地域や個人が抱える生活課題を解決していくことができるよう、「我が事・丸ごと」の包括的な支援体制の整備が市町村の努力義務とされました。

これまで、介護保険制度においても地域包括ケアシステムを推進する観点から、共生型サービスの創設のほか、生活支援や介護予防、認知症施策などの地域づくりに関係する取組を進めてきましたが、「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律（令和 2 年法律第 52 号）」においては、2040 年を見据えた地域共生社会の実現をめざし、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、地域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促進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化、社会福祉連携推進法人の創設など社会福祉法などに基づく社会福祉基盤の整備と介護保険制度の一体的な見直しが行われました。

今後は、包括的な支援体制の構築などの社会福祉基盤の整備とあわせて、介護保険制度に基づく地域包括ケアシステムの推進や地域づくりなどに一体的に取り組むことで、地域共生社会の実現をめざします。



## 2 生涯学習活動の充実

### (1) 生涯学習と自主活動の機会の充実

高齢者が生きがいをもって生活することや、健康の保持・増進という観点からも、趣味・学習活動は重要なものとなっています。

高齢者の学習意欲の増大に応えるため、生涯学習メニューの充実を図るとともに、公民館講座の充実等、町内の生涯学習ネットワークを活性化し、高齢者の学習支援システムを強化します。

### (2) スポーツ・レクリエーション活動の推進

高齢者スポーツ大会や老人クラブによるグランドゴルフ・ゲートボール大会等が開催されています。高齢者スポーツ大会は、昭和48年度から始まり令和2年度で47回目を数え、毎回400人を超える参加があります。

今後も、幅広い年代層の参加や公民館単位等のより身近な地域での健康づくりと交流を目的とした高齢者スポーツ活動、地域活動を推進します。

## 3 高齢者における就労促進

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

徳之島町シルバー人材センターは、平成4年4月に開設され、高齢者の就業に関する情報の収集・提供及び就業相談や調査研究、希望する就業の開拓提供、就業に必要な知識及び技能を修得する目的の講習会の実施等の事業を行っています。高齢者が豊富な知識や経験、技術を活かして積極的に地域で活躍できるように職域の開拓や、幅広いニーズに応えられる活動内容や活躍の場を充実させていく必要があります。

今後長寿社会にふさわしい社会システム構築の一環として、働く意欲のある高齢者の就労の場の確保を図るため、シルバー人材センターの事業の拡大を積極的に取り組みます。また、生きがいづくりや多様な働き方が求められる中で、地域活性化の担い手となる人材育成と活躍の場の構築に向け、生涯活躍できる地域社会の実現に向けた取組を推進します。

シルバー人材センター登録者数

利用者数	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
登録者数						

## 第2節 生活支援体制の充実

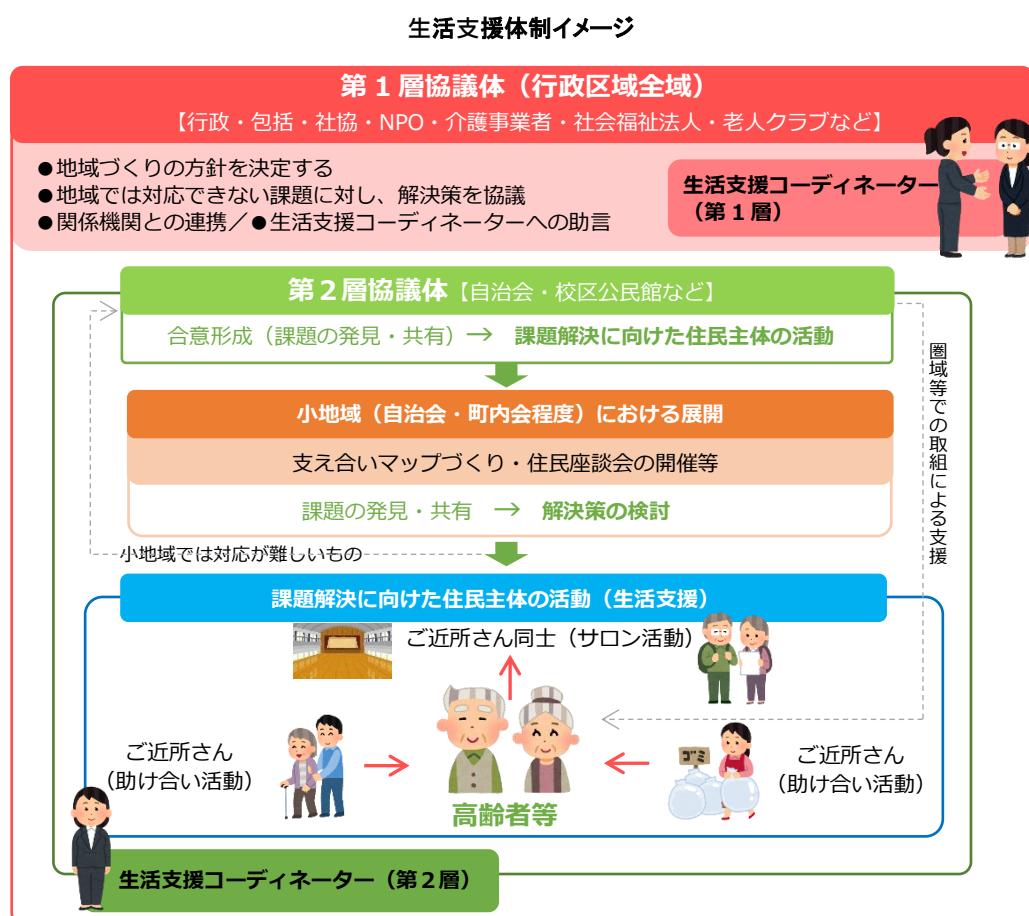
### 1 生活支援体制の整備

高齢者の暮らしには、医療や介護などの専門的なケアだけでなく、日常生活のちょっとした困りごとに対する手助けが必要です。

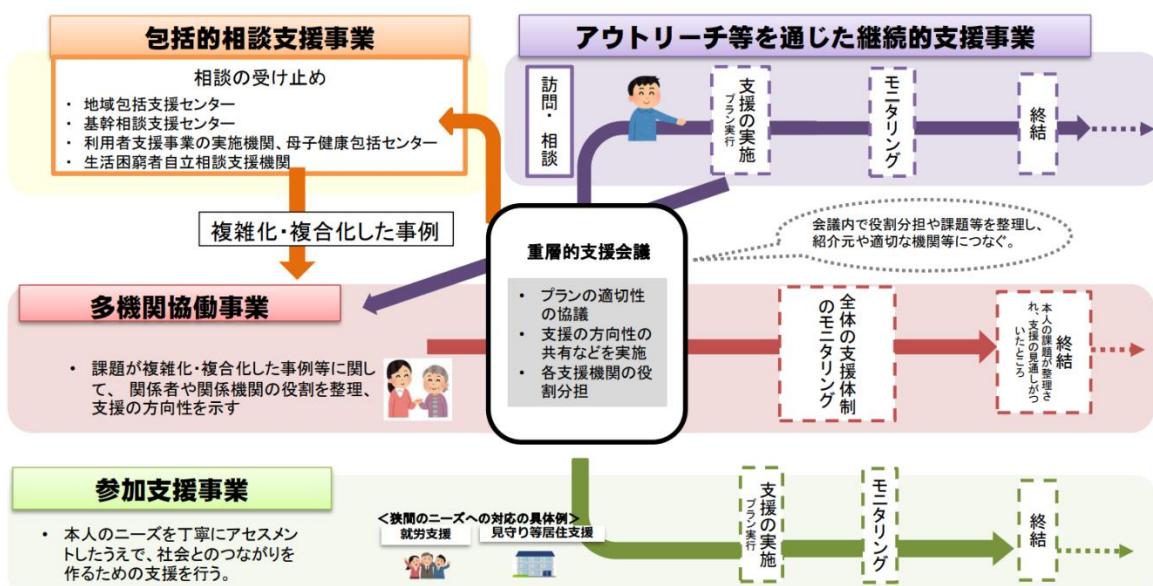
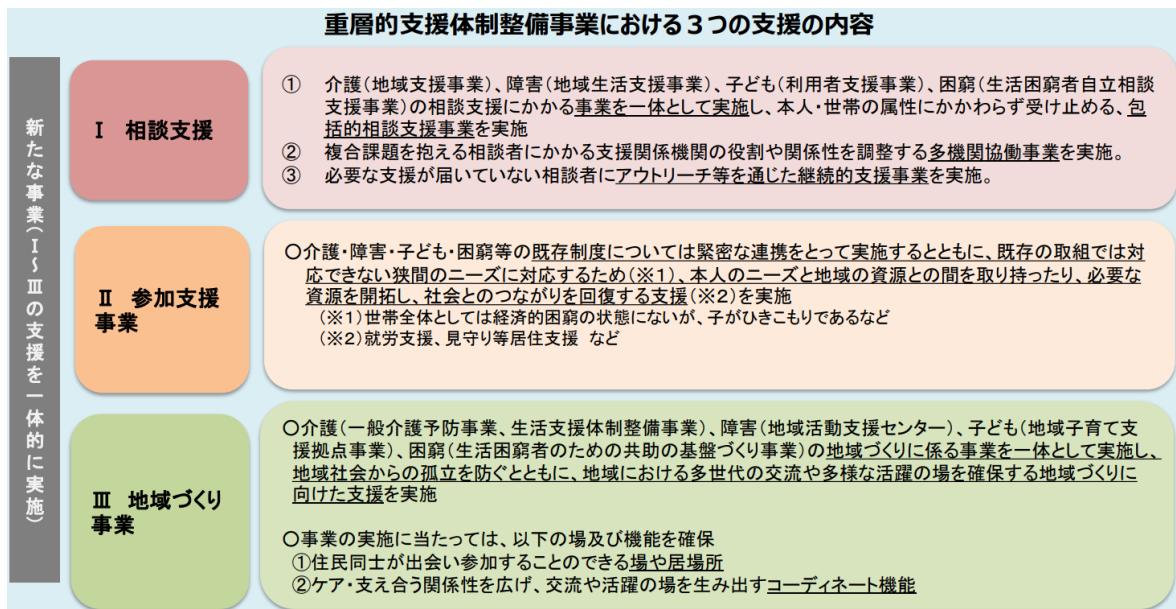
生活支援・介護予防サービスの体制整備にあたっては、元気な高齢者をはじめ、住民が担い手として参加する住民主体の活動や、NPO、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁組織、協同組合、民間企業、シルバー人材センターなどの多様な主体による多様なサービスの提供体制を構築し、高齢者を支える地域の支えあいの体制づくりを推進していく必要があります。

社会福祉協議会との連携のもと、生活支援ボランティア養成講座を年度ごとに実施していますが、登録数の減少や活動人員の固定化等、人材育成・活用が課題となっています。

「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」や「協議体」の設置等を通じて、互助を基本とした生活支援・介護予防サービスが創出されるよう取組を進めています。



さらには、「断らない包括的な支援体制」の構築を図るため、既存の窓口を活用した、①相談支援、②参加支援、③地域づくりに向けた支援を一体的に行う「重層的支援体制整備事業」の実施を検討します。



## (1) 生活支援コーディネーターの配置

高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能（主に資源開発やネットワーク構築の機能）を果たす者が「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」（以下「コーディネーター」という。）となります。

徳之島町では、社会福祉協議会がボランティア養成や登録を行うなど、地域福祉活動や住民支えあい活動の中心的な役割を果たしていることから、徳之島町社会福祉協議会に委託してコーディネーターの設置を行っています。

生活支援体制整備事業を活用し、生活支援コーディネーターを中心に人材育成に努めます。

#### 【生活支援コーディネーターの配置人数】

- |                 |    |
|-----------------|----|
| ・徳之島町地域包括支援センター | 1名 |
| ・徳之島町社会福祉協議会    | 1名 |

#### 【生活支援コーディネーターの役割】

- |         |                                 |
|---------|---------------------------------|
| ○ 集める   | ： 地域の課題や資源に関する情報を収集する           |
| ○ 伝える   | ： 住民・関係主体が必要とする情報を整理して伝える       |
| ○ 思いを知る | ： 関係主体と知り合う、相談を受ける              |
| ○ 場をつくる | ： 関係主体を集めたり紹介したりして、コミュニケーションを促す |
| ○ 結びつける | ： 地域課題を解決する資源を見つけ出す、関係主体の協働を促す  |

### （2）協議体の設置

市町村が主体となり、各地域におけるコーディネーターと生活支援・介護予防サービスの提供主体等が参画し、定期的な情報共有及び連携強化の場として、中核となるネットワークの場が「協議体」です。

徳之島町では、地域包括ケア推進会議に「協議体」の機能を持たせ、各集落での座談会や地域支えあいマップ作成などにより把握した地域ニーズ等の情報を共有するとともに、地域包括ケア体制の課題や各種生活課題について検討していきます。

### （3）コーディネーターと協議体によるコーディネート機能

地域支えあいマップ作成、日常生活圏域ニーズ調査や地域包括ケア会議等により、地域の高齢者支援のニーズと地域資源の状況を把握していくことと連携しながら、地域における以下の取組を総合的に支援・推進していきます。

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

## 2 家族介護者の支援

認知症高齢者の家族やヤングケアラーを含む家族介護者支援については、家族介護者を「要介護者の家族介護力」として支援するだけでなく、要介護者と共に家族介護者にも同等に相談支援の対象として関わり、共に自分らしい人生や安心した生活を送れるよう、多機関専門職等と連携を図りながら、相談支援活動に取り組むことが必要です。

### （1）家族介護継続支援事業

重度（要介護3～5相当）の在宅高齢者を介護している家族に対し、紙おむつ等を支給し、家族の身体的、精神的、経済的負担の軽減を図ります。また、支給にあたっては、本人の状況をアセスメントし、ケアや環境による排泄の自立の可能性への働きかけ、その他の要因を勘案し、必要性に応じての支給とし、担当ケアマネジャー等との連携によるモニタリングを継続的に実施していきます。

利用者数	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
利用人数						

### （2）介護における相談体制の充実

介護者の身体的負担・精神的負担の軽減を図るため、地域包括支援センター等による相談やサロン等を実施し、介護者が不安や悩みについて相談しやすい体制の充実を図ります。

また、ヤングケアラー（家族の世話を追われる子ども）への支援については、関係部署・関係機関間の情報共有により状況把握とともに、支援に向けた連携を強化します。

## 3 地域資源の開発に向けた取組

今後さらに増加する高齢者の生活支援ニーズに応えるため、地域の実情や課題等を把握し、地域活動の担い手の発掘、養成に取り組むとともに、様々な場を活用した活動の場の提供等、多様な主体による生活支援サービスの提供が必要です。

徳之島町では、亀津・亀徳の市街地に人口が集中し、その他の地区は人口減少が進んでいるのが現状です。今後、ますますこの傾向は顕著になっていくものと思われます。

このような中、集落機能を維持し、安心して暮らし続けることができるようにしていくためには、①地域の人材を活かすこと ②新たな資源の創設 の2つの視点に基づき、支援の充実を図ることが必要です。

① 地域の人材の活用	高齢者を含む地域の人材が、各地域での生活課題解決の担い手となる「人材バンク」等の機能を作り、活用できるようにコーディネートしていきます。
② 新たな資源の創設	各地域に必要とする支援を関係機関とともに検討し、具体化していきます。 令和元年度より、町内民間企業と協定を結び、町内各地に移動販売車による買い物支援を行っています。

## **基本目標3 住み慣れた場所で、笑顔で暮らせる共生のまち**

### **第1節 認知症施策の総合的な推進**

急速な高齢化に伴い、認知症の方は今後もさらに増加していくことが見込まれます。また、認知症への理解が十分でないまま家族で抱え込んでしまう現状もある中で、さらなる啓発とともに地域づくりや見守り支援体制の充実を図る必要があります。

令和元年6月に「認知症施策推進大綱」では、「共生」と「予防」を基本的な考え方としています。また、和5年には「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が施行されました。認知症の人ができる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるために、本町では4つの柱に沿って施策を進めます。

①普及啓発・本人発信支援

②予防

③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

また、今後、認知症基本法に基づいて国が策定する「認知症施策推進基本計画」等で示される内容等を踏まえ、地域の実情に応じた認知症施策の総合的な推進を図ります。

### **1 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進**

#### **(1) 認知症ケアパスの周知・広報**

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

そのためには、認知症に対する理解を深めるためにあらゆる機会を通じて正しい情報を普及啓発し、また、認知症の早期発見や治療へと結びつける窓口を整備するとともに、認知症対策への取組を住民や民間団体等と協働で推進します。

認知症の進行にあわせて受けられるサービスや社会資源等をまとめた「認知症ケアパス」を作成しており、随時、更新していきます。

認知症の早期発見や治療へと適切につなげられるよう、地域の人材育成や関係機関のネットワークづくり、認知症の普及啓発とともに相談窓口の周知広報を図っていきます。



## (2) 認知症サポーターの養成

認知症の研修を受けたキャラバン・メイトを講師として、地域で暮らす認知症の人々やその家族を応援する「認知症サポーター」を養成（令和4年度末 ●名）し、地域で認知症を見守る体制づくりを推進していきます。地域の認知症サポーターとして、子供から高齢者まで幅広い年代に認知症の理解を求める講座を開講していきます。

研修の修了者が地域で認知症高齢者を手助けするための具体的な活動を支える仕組みを検討します。

令和2年度に認知症サポーターステップアップ研修会を実施し、「チームオレンジ」を設置しています。認知症の人の支援ニーズに認知症サポーター等をつなげる仕組みを構築し、認知症の人々が安心してくらし続けられる地域づくりを進めています。

利用者数	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
人数						

### (3) 認知症カフェの設置

認知症カフェは、本人や家族、地域住民、介護や医療の専門職など、さまざまな方が気軽に集い、認知症の人や家族の悩みを共有し合いながら、専門職にも相談できる場です。

認知症の人を支えるつながりを支援し、悩みの共有や地域住民の理解を深める場、また認知症の人の家族の介護負担の軽減などを図ることを目的としています。

現在、社会福祉協議会において、認知症カフェ「かふえも～れ」を運営しています。

また、独自で認知症カフェに取り組んでいる介護施設もあります。

今後は、カフェの増加に向け、関係機関の取組を支援するとともに、新しい生活様式の中でも安心して認知症カフェを利用できるように支援していきます。

利用者数	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
開催回数						
参加人数						

### (4) 若年性認知症施策の推進

若年性認知症の人が発症初期の段階から適切な支援を受けられるよう、若年性認知症と診断された人やその家族に、若年性認知症支援のハンドブックを配布するとともに、鹿児島県が開設している若年性認知症支援コーディネーターを配置した「若年性認知症支援相談窓口」を活用し、若年性認知症の方の相談支援、関係者の連携体制の整備、居場所づくり、就労・社会参加等の支援を総合的に推進します。

## 2 認知症支援体制の整備

### (1) 認知症地域支援推進員の配置

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

認知症が疑われる場合などにすぐに相談できるよう、地域包括支援センターに「認知症地域支援推進員」を3名配置し、認知症の相談窓口の周知に努めています。

今後も認知症センター養成講座の開催や、認知症ケアパスの作成・普及、認知症カフェの支援、関係機関への研修会の開催等において主導的な役割を担い、地域との積極的な連携を図り、関係機関とのネットワークづくりを進めていきます。

### (2) 認知症初期集中支援チームの運営・活用

認知症初期集中支援チームは、認知症サポート医である医師1名を含む計3名以上の専門職にて編成されます。

家族等の相談により、認知症が疑われる人や認知症の人およびその家族を訪問し、アセスメント、認知症についての助言を行い、家族支援等の初期の支援を包括的かつ集中的な支援を行い、自立生活に向けたサポートを行います。

徳之島町は、島内3町合同でチームを構成し、チーム員会議を行うとともに、町ごとに随時、相談・支援・モニタリングを実施しています。

今後は、島内在住の認知症サポート医の助言を得ながら、初期集中支援チームを中心に、医療機関をはじめとする関係機関、地域住民と協力し、認知症の人やその家族の支援を行います。

#### 認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ

- ①訪問支援対象者の把握
- ②情報収集(本人の生活情報や家族の状況など)
- ③観察・評価(認知機能、生活機能、行動・心理症状、家族の介護負担度、身体の様子のチェック)
- ④初回訪問時の支援(認知症への理解、専門的医療機関等の利用の説明、介護保険サービス利用の説明、本人・家族への心理的サポート)
- ⑤専門医を含めたチーム員会議の開催(観察・評価内容の確認、支援の方針・内容・頻度等の検討)
- ⑥初期集中支援の実施(専門的医療機関等への受診勧奨、本人への助言、身体を整えるケア、生活環境の改善など)
- ⑦引き継ぎ後のモニタリング

### (3) 地域との連携

家族介護者が身近な地域で気軽に相談できるよう、地域包括支援センターに相談窓口としての中心的機能を設置し、保健・医療・福祉関係の機関との連携を図るとともに、民生委員・児童委員や高齢者クラブ、ボランティア団体などの協力のもと、認知症高齢者とその家族を地域全体で支え合う体制を整備していきます。

### (4) 施設との連携

グループホームや介護老人福祉施設などと連携を図りながら、認知症高齢者とその家族を支援する相談体制を整備していきます。

## 3 認知症ケア向上推進事業

認知症施策を効果的に展開していくため、対応困難な事例に関するアドバイスの実施、家族や地域住民が認知症に関する知識を習得・情報交換する場の提供を行うなど、認知症ケアの向上推進を図ることを目的としており、以下の事業のいずれかを実施することとなっています。徳之島町では、認知症支援推進員を中心に、地域の認知症支援に関する課題をもとに、各年度における事業を計画し、実施していきます。

### 認知症ケア向上推進事業の概要

#### ア 病院・介護保険施設などの認知症対応力向上の推進

病院や介護保険施設などの職員の認知症への理解を深め、対応力を高めるために、認知症疾患医療センター等の専門医などが処遇困難事例に対しては事例検討を行い、個別支援を実施する事業です。

#### イ 地域密着型サービス事業所・介護保険施設等での在宅生活継続のための相談・支援の推進

認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、認知症対応型共同生活介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、特別養護老人ホーム、複合型サービス事業所などが、相談員を配置し、当該事業所等が有する知識・経験・人材を活用し、在宅で生活する認知症の人やその家族に対して効果的な介護方法などの専門的な相談支援等を行う事業です。

#### ウ 認知症の人の家族に対する支援の推進

町又は適当と認める者が、「認知症カフェ」等を開設することにより、認知症の人とその家族、地域住民、専門職が集い、認知症の人を支えるつながりを支援し、認知症の人の家族の介護負担の軽減などを図る事業です。

#### エ 認知症ケアに携わる多職種協働研修の推進

医療も介護も生活支援の一部であることを十分に意識し、医療と介護等が相互の役割・機能を理解しながら、統合的なケアにつなげていくため、認知症ケアにおける多職種協働の重要性等を修得する認知症多職種協働研修を実施する事業です。

## 第2節 住まいや生活環境等の整備

### 1 安心・安全な暮らしの確保

#### (1) 防災対策

高齢者をはじめとした住民の災害に対する認識を高めるため、関係機関と連携のもと防災マップ等の作成を検討し、災害危険箇所や避難場所の周知を図り、災害時の被害軽減に結びつけます。また、助け合いの精神に基づく地域住民による防災体制を確立し、身近な地域での安全確保に努めます。

また、災害時・発生後における高齢者の生活支援等のボランティア活動が効果的に行われるよう、体制の整備や災害ボランティアの研修・教育の充実にも努めます。

本町では、地域防災計画に基づく福祉対策部活動細部計画に地震等の大規模災害時に必要に応じて、各避難所に一次福祉避難所を設置する事を定めています。

また、近年の台風による全国的な被害を受け、自主避難所に高齢者を含む要配慮者が来所した場合を想定し、今後も大雨や台風に備えた福祉避難所の体制整備に取り組みます。

#### (2) 感染症対策

令和2年から新型コロナウイルス感染症が流行し、サービス利用者の利用制限や、介護サービス提供における感染症対策に係る負担増が生じるなど、介護サービスに係る関係者に負担が生じている状況にあります。

国等が定めた指針を踏まえ、感染症が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築するため、県や保健所、事業所等との連携を図りながら、感染症対策について検討・推進を図ります。

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

#### (3) 交通安全啓発

高齢者の事故の現状等について、講話やビデオ、実技などを行い、高齢者の交通事故の防止に努めます。また、高齢者の交通事故は、夜間の歩行道路横断中に被害に遭うというケースが多いため、徒歩を主たる外出手段とする高齢者に対して、夜間に交通安全教室を実施しています。

今後も、高齢者をはじめとした住民の交通安全意識の普及・徹底を図るため、運転免許証の自主返納の啓発に努めるとともに、地域における各種団体の活動の現場や職場において、積極的に交通安全教育を推進します。

#### (4) 高齢者等が移動しやすい交通機関の整備

平成26年度より、75歳以上の高齢者にバス乗車賃の全額助成を行っています。

高齢者の安全で快適な移動の手段を確保し、外出しやすい環境を整備することが、高齢者の生活の拡大や健康維持に寄与するものと期待されます。今後も、高齢者の社会参加が図られるよう継続していきます。

#### (5) 防犯対策

高齢者が犯罪被害に遭わないよう、講話や広報、さらには地域サロンや集落行事等の場を活用し、啓発活動を行い、防犯意識の高揚と防犯設備等の整備を促進します。併せて、高齢者世帯の増加等に対応し、地域のコミュニティ組織を活用した防犯体制の組織づくりと防犯団体の自主的活動の促進を図ります。

#### (6) 緊急通報システム事業

慢性的な病気等がある、常時注意が必要なひとり暮らしの高齢者が安心して生活できるように、緊急事態の際に通報できる電話回線を利用した緊急通報システムの普及を促進しています。

民生委員・児童委員等との連携により、ひとり暮らし等の高齢者を把握し、高齢者が安心して生活できるように、緊急通報システムの利用を促進します。

利用者数	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
利用人数						

#### (7) 高齢者見守りネットワークの強化

地域包括支援センターや地域で高齢者と接する機会の多い関係機関や事業者等による高齢者見守りネットワークや、宅配給食サービス等安否確認ができるサービスを活用して、地域での支え合いを通じて高齢者を見守る体制を強化します。

## **2 権利擁護体制の充実強化**

### **(1) 成年後見制度の利用促進**

認知症等により、財産管理や契約手続きなどに関して、自分で十分な判断や意思決定を行うことが難しい高齢者の権利や財産を守るために、関係機関と連携を図りながら、成年後見制度の利用を必要とする高齢者などが、円滑に成年後見制度等を利用できるよう相談や手続支援を行います。

地域包括支援センターが、地域住民や民生委員、居宅介護支援事業所、社会福祉協議会等と連携しながら相談に応じ、地域の高齢者にとっての身近な相談窓口となることができるよう、その充実を図ります。

### **(2) 中核機関の設置**

中核機関とは、地域連携ネットワークのコーディネートを担う中核的な機関や体制のことです。本人や関係者等からの権利擁護支援や成年後見制度に関する相談を受け、必要に応じて専門的助言等を確保しつつ、権利擁護支援の内容の検討や支援を適切に実施するためのコーディネートを行う役割・専門職団体・関係機関の協力・連携強化を図るために関係者のコーディネートを行う役割（協議会の運営等）を持ちます。

本町においては、業務の中立性・公平性の確保に留意し、介護福祉課において直営で中核機関の機能を担い、必要な人材の育成配置、保健福祉介護関係機関との連携を図り、全町民を対象とした権利擁護ネットワークの拡充を図っていきます。

### **(3) 地域ネットワーク構築**

権利擁護の必要な方の早期把握・早期支援、支援体制の構築のため各関係機関とのネットワーク構築を行っていきます。従来より構築してきた地域全体の見守りネットワーク体制の中で、権利擁護支援が必要な人を早期に発見し、社会福祉協議会や地域包括支援センターにつなぎ、必要とする支援が受けられる体制を充実していきます。

また、権利擁護支援が必要な人について、本人の状況に応じ「チーム」としてかかわる体制づくりを進め、法的な権限を持つ後見人と地域の関係者等が協力して日常的に本人を見守り、本人の意思や状況をできる限り継続的に把握し対応していきます。

そのため、各種専門職団体・関係機関の協力・連携強化を協議する協議会等により、個別の協力活動の実施、ケース会議の開催や、多職種間での更なる連携強化策等の地域課題の検討・調整・解決などを行います。

協議会については、新たに会議の設置を行うのではなく、既存の地域ケア個別会議、地域ケア推進会議などにおいて、司法専門職等必要な部署の参画を得て適切に機能するように配慮し、開催していきます。

#### (4) 消費者被害の防止

高齢者の判断力低下に乘じた悪質商法や契約トラブルなど、さまざまな消費者被害を未然に防止するため、各種講座の開催やリーフレットの設置・配布、さらには地域サロンや集落行事等の場を活用するなど、消費生活の知識の普及、消費者問題について情報提供等を行います。

また、地域包括支援センターが、専門機関と定期的な情報交換を行うとともに、民生委員・児童委員、ケアマネジャー等に必要な情報提供を行います。

#### (5) 高齢者への虐待防止

虐待の見守り、予防、早期発見・早期対応がすみやかに行われるよう、高齢者やその家族、民生委員、医療機関やサービス提供事業者等を対象に、介護教室・講習会の開催、パンフレットの作成・配布等などの広報、啓発を図り、地域全体で虐待予防についての意識を高めます。

また、地域包括支援センター等に設置した高齢者虐待相談窓口により、介護関係者、専門機関等の関係者の連携による虐待対応支援体制を充実します。事例を把握した場合には、速やかに訪問して状況を確認するなどの事例に即した適切な対応に努めます。

### 3 住まいの安定的な確保

#### (1) 養護老人ホーム

65歳以上で、環境上及び経済上の理由により、居宅において生活することが困難な人を養護し、自立した生活を送っていくよう必要な支援を行うことを目的とする施設です。町内に施設はありませんが、近隣町と連携し、必要に応じて措置入所を行っていきます。

#### (2) 軽費老人ホーム（ケアハウス）

60歳以上で、身体機能の低下等（自炊ができない程度）が認められ、高齢を理由として単身生活に不安が認められる人で、家族の援助を受けることが困難な人が入居できる施設です。

町内に施設では「南風園」が対象施設になります。

利用者数	第8期			第9期		
	実績		見込み	計画		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
入所者数						

### **(3) 有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅**

高齢者が契約に基づき、一定の金額を負担して入居する施設です。

常時 10 人以上の高齢者を入所させ、食事の提供その他日常生活上必要な便宜を供与することを目的としています。

平成 29 年にサービス付き高齢者住宅が 14 戸整備されました。

高齢者が地域で暮らしていくためには、生活基盤としての住まいの確保が不可欠で、地域においてニーズに応じた住まいの提供は重要であることから、多様な選択肢から住まいを選ぶことができるよう、住まいに関する様々な情報提供に努めます。

高齢者が有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の情報を取得し、利用することができるよう、県との連携に努めます。

### **(4) シルバーハウジング**

本町では、高齢者等が安心して安全・快適に生活できる住宅や住環境を整備するため「シルバーハウジング・プロジェクト事業計画」を平成 25 年度に策定しており、亀津白久地区（白寿苑隣接地）へ木造平屋建 8 棟 16 戸（5 棟 10 戸）の住宅建設を実施し、高齢者等が安心して過ごせる安心・安全な住まいの確保に努めています。

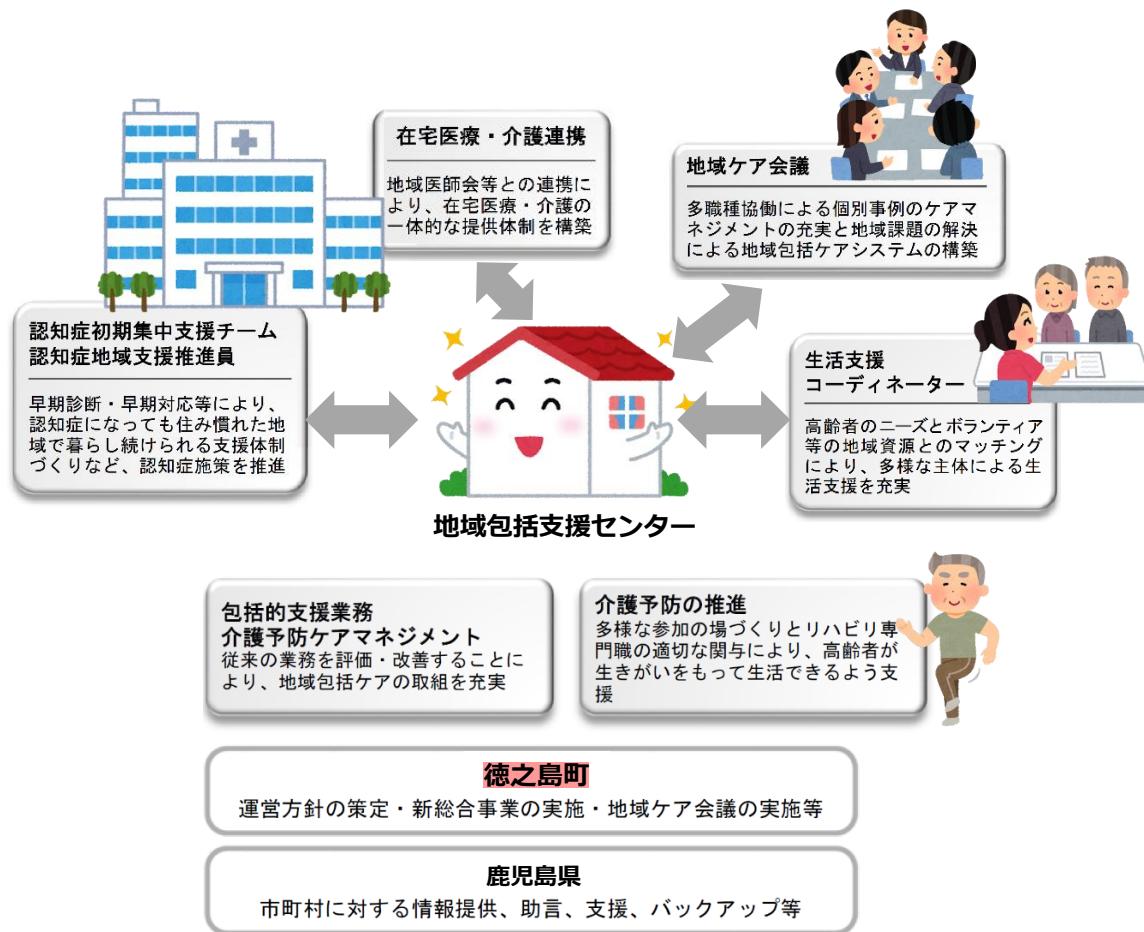
シルバーハウジングでは、社会福祉協議会に委託した生活援助員が定期的に訪問し、入居者の日常生活にわる相談支援や、生活援助を行うとともに、近隣の方による日常的な見守り声かけ、また緊急通報装置を設置し、独居や障がい者世帯が安心して暮らせる体制を整備しています。

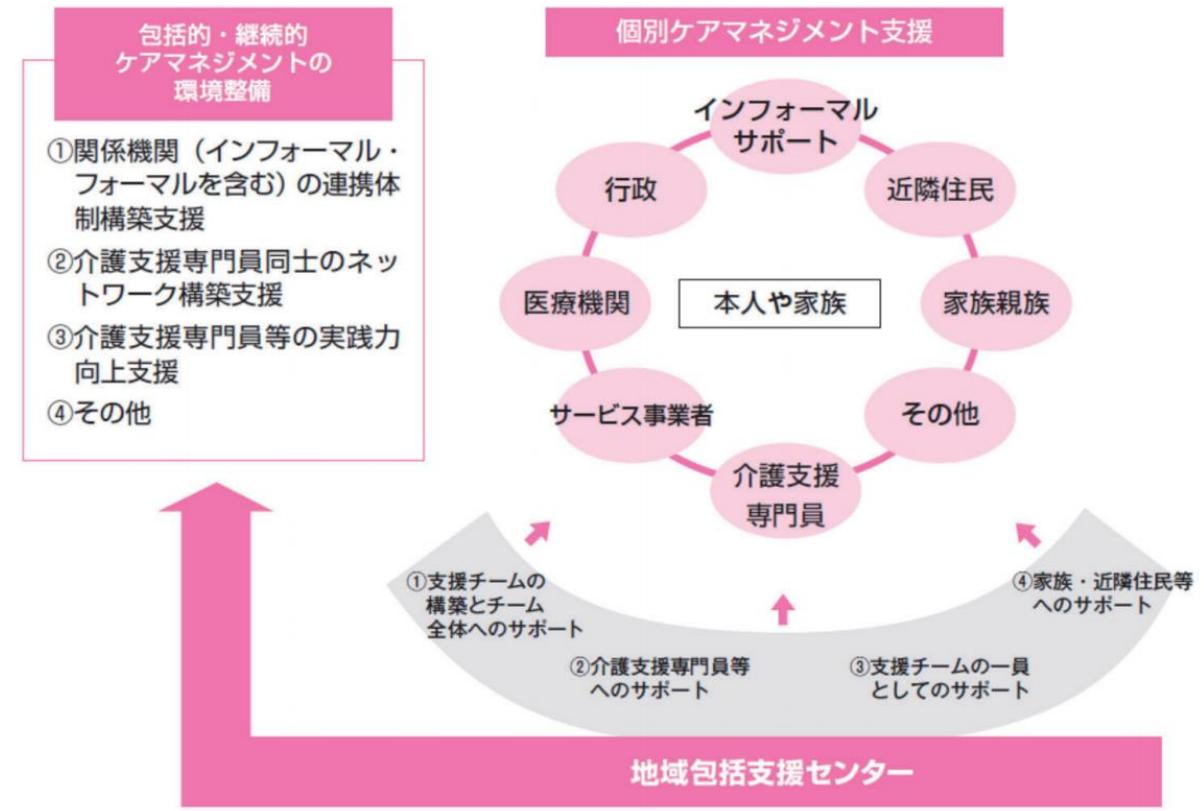
## 基本目標4 自らの選択のもとに、最期まで自分らしく暮らせるまち

### 第1節 地域包括支援センターの機能強化

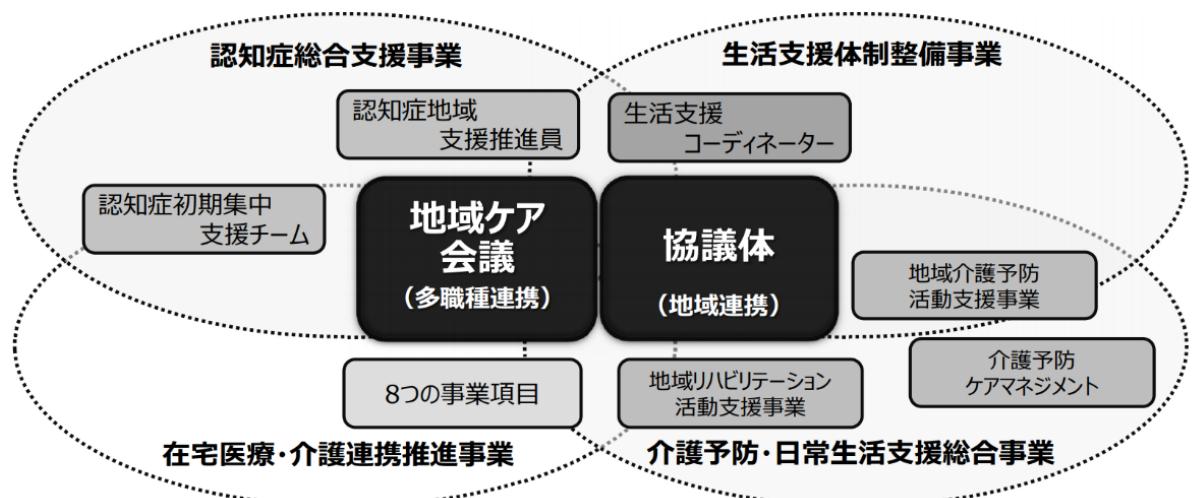
自立支援、介護予防・重度化防止等の基盤整備、在宅医療・介護連携や認知症施策等の実施を通じて、地域ケアシステムを深化・推進していく上で、その中核的な機関を担う地域包括支援センターにおいて、適切な人員の確保に努めるとともに、関係機関とのさらなる連携強化を図り、効率的かつ効果的な運営を目指します。

また、効果的な支援体制の構築のため、介護サービスに限らず、地域の保健・福祉・医療サービスやボランティア活動等の様々な社会資源が有機的に連携できる環境整備の充実を目指します。これらの連携体制を支えるためには、多職種協働によるネットワークを構築することが必要であり、地域包括支援センターは、地域ケア会議や協議体への参加を通じて、自治会、民生委員連絡協議会、ケアマネ会等との関係づくりに努めていきます。





出典:「地域包括支援センター運営マニュアル」長寿社会開発センター



## 第2節 地域ケア会議の推進

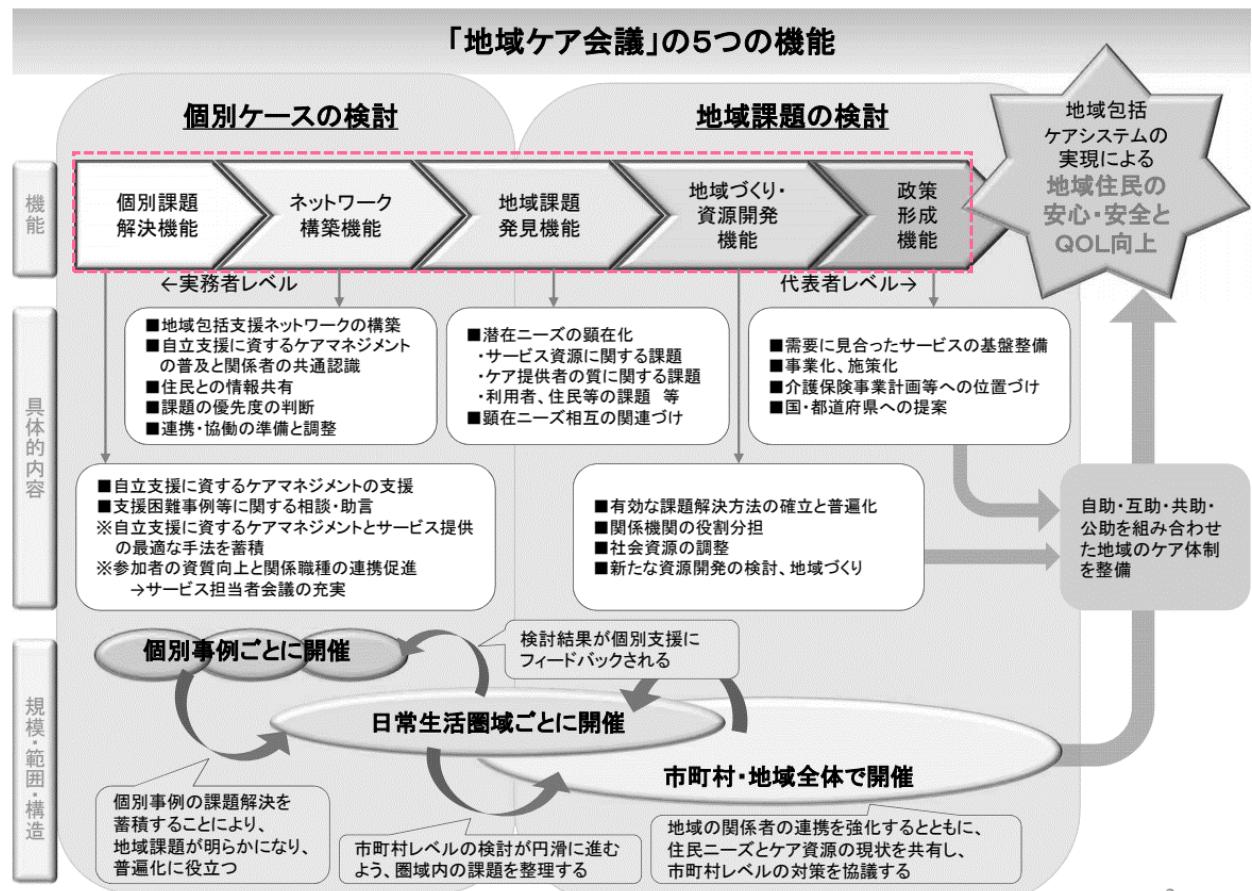
### 1 個別課題・地域課題の解決への取組

地域包括ケアシステムの構築を進めるにあたっては、民生委員や自治会等の地域の支援者・団体や、専門的視点を有する多職種を交え、「個別課題の解決」「地域包括ケアネットワークの構築」「地域課題の発見」「地域づくり、資源開発」「政策の形成」の5つの機能を有する地域ケア会議により、高齢者に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時に図っていくことが重要です。

地域ケア会議において、個別事例の検討を行うことを通じて、適切なサービスにつながっていない高齢者の生活課題に対して、既存サービスを提供するだけでなく、その課題の背景となっている要因をみつけ、個人と環境に働きかけることにより、自立支援につながるケアマネジメントを地域のケアマネジャーなどが推進できるよう支援します。

今後は定期的に地域ケア個別会議を開催し、個別課題だけではなく地域課題の抽出を行い、そこで出た課題を地域ケア推進会議等で検討するとともに、生活支援体制整備事業等、各関連事業とも連携し、個別課題・地域課題の解決に向けて取り組んで行きます。

これらの課題分析や支援の積み重ねを通じて、地域に共通する課題や有効な支援策を明らかにし、課題の発生や重度化の予防に取り組むとともに、多職種協働によるネットワークの構築や資源開発等に取り組みます。



## 2 地域ケア会議の開催

地域ケア会議には、多職種協働により、個別ケースの検討から自立支援に資するケア

マネジメント支援を行うものと、地域課題の検討を行い、地域づくり・資源開発、政策形成機能を持つものがあります。

徳之島では、平成 20 年度より、3町合同で介護支援専門員を対象とした「ケアマネジメント検討会」を定期的に開催しており、引き続き 3町合同の個別地域会議として、多職種参加のもとに実施していきます。

また、政策形成機能に至る地域ケア推進会議の役割を担う会議を、目的・機能別に整理し、これらを総合的に実施し、評価・展開していくことで、徳之島地区全体の地域包括ケアシステムの推進を図っていきます。

### 徳之島町 地域ケア会議の全体像

機能（①個別課題解決、②ネットワーク構築、③地域課題発見、④地域づくり・資源開発、⑤政策形成）

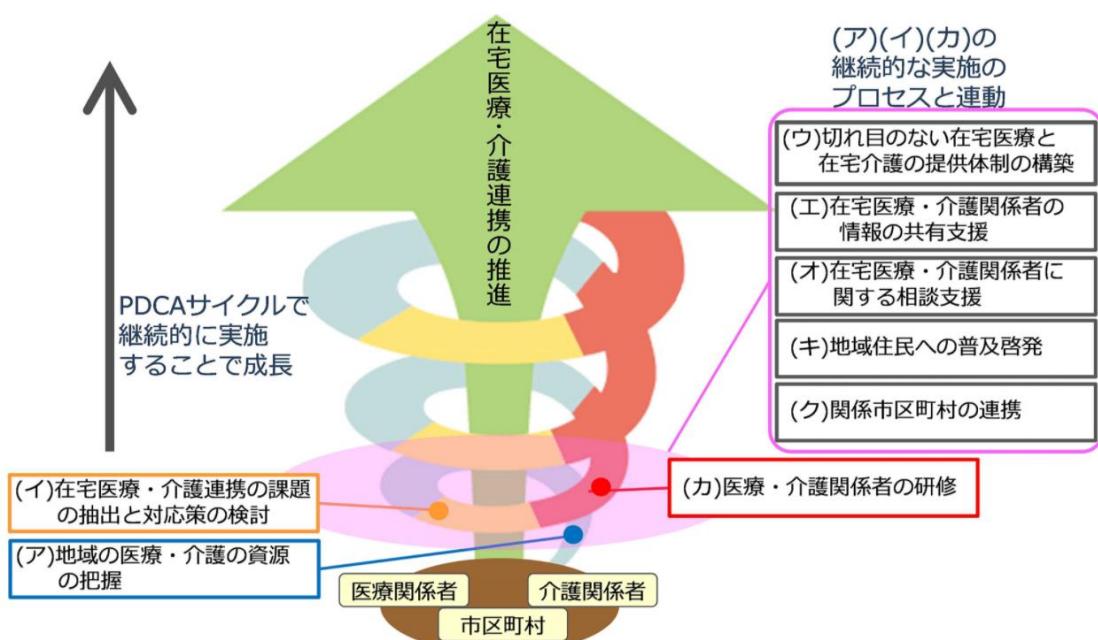
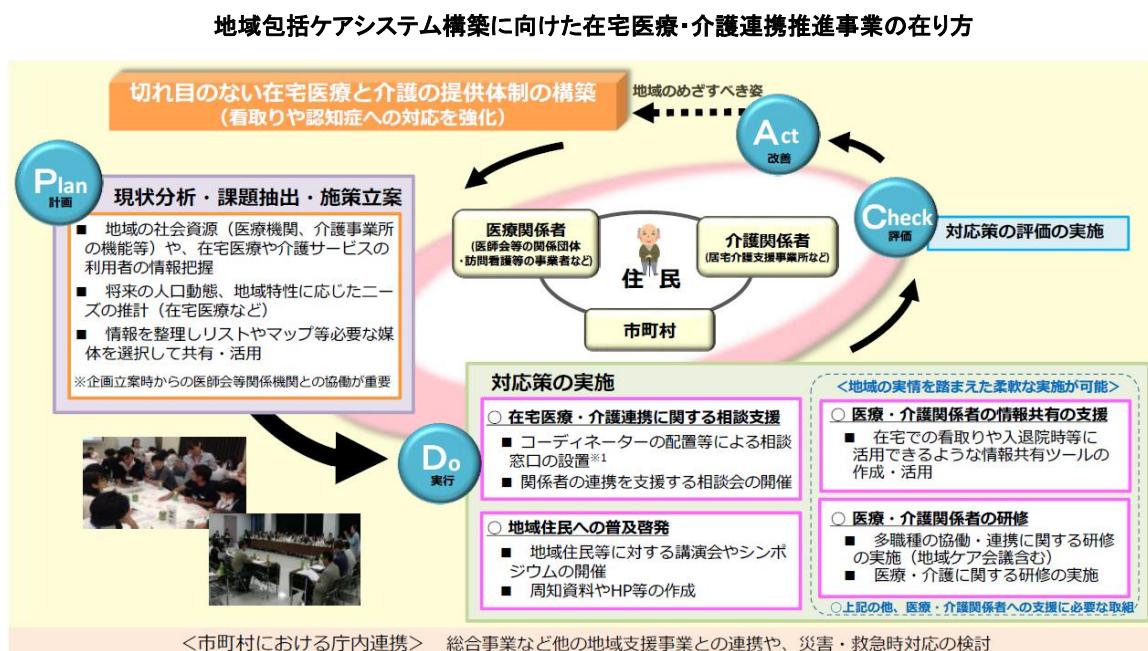
レベル	会議名	会議の概要	機能				
			①	②	③	④	⑤
個別事例の検討	ケアマネジメント検討会	3町合同で開催。リハ職や、主任介護支援専門員等の多職種が参加し、自立支援に向けたケアマネジメント支援を行う。3ヶ月に1回の開催。	○	○	○	○	
	個別ケア会議	困難事例、処遇困難事例の検討会議。 町内の事例に関わる関係者が参加し、隨時開催する。	○	○	○	○	
地域課題の検討 地域づくり 資源開発	在宅医療介護連携推進検討会	3町合同で開催。医療介護機関の代表者や職能代表者、在宅ケア関係者等が参加し、医療介護の連携に関わる課題の整理検討を行う。年1回	○	○	○	○	○
	認知症支援検討会	3町合同で開催。認知症支援体制に関わる医療介護の関係者が参加し、課題の整理検討を行う。年1回	○	○	○	○	○
	地域包括ケア会議	各集落単位の住民参加で行う座談会、見守りマップの作成等を通して、地域課題の検討、資源開発を行う。社協、住民、関係者が参加。隨時開催。	○	○	○	○	
	地域包括ケア推進会議	町内の各団体や職能、住民の代表等により地域課題の検討を行う。生活支援体制における協議体第1層機能を含む。年1回以上の開催とする。	○	○	○	○	○
政策形成	介護保険運営協議会	町協議会委員により、介護保険事業、地域包括支援支援センターの運営、地域密着型サービスの運営などを総合的に評価し、施策の提言を行う。 年1回以上の開催とする。	○	○	○	○	○

## 第3節 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

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域支援事業における包括的支援事業として在宅医療・介護連携推進事業を推進し、島内3町合同で機関と介護サービス事業者などの関係者の連携を強化するとともに、在宅医療と介護サービスを一体的に提供できる体制の構築に向けた取組を強化します。

また、本人が望む場所で望む暮らししか出来るよう、意思確認シートやエンディングノート等のツールの作成、住民のニーズに合った普及啓発活動を行っていきます。



## **(1) 地域の医療・介護資源の把握**

島内の医療や介護事業所に関する情報を取りまとめ、マップを作成して町公式HPに掲載しています。変更や追加があれば、随時、情報更新を行っていきます。

## **(2) 在宅医療・介護連携の課題の抽出**

3町地域包括支援センター及び島内の医療・介護関係者により、広く地域課題の抽出と事業評価のため関係者による検討会を年1回開催しています。また、抽出された課題に対しての取組を具体的に展開するため、現場職員等による運営委員会を定期的に開催し、事業展開と実施を進めています。

## **(3) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進**

各医療機関における連携窓口を明確化し、一覧にまとめて町公式ホームページへ掲載しています。また、各種研修会や事例検討会を開催し、顔の見える関係づくり、連携の強化を図っています。

## **(4) 医療・介護関係者の情報共有の支援**

医療機関への入退院時の連絡体制や情報共有のため、連携ツールを作成し、各居宅介護支援事業所と医療機関での共通理解を図っています。様式は町公式ホームページへ掲載しています。

## **(5) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援**

各町の地域包括支援センター職員が、兼務により医療介護連携を支援するコーディネーターや相談役を担っています。

## **(6) 医療・介護関係者の研修**

徳之島地区在宅医療・介護連携事業 運営委員会により、地域の課題を踏まえながら、研修の企画・実施をしています。

必要に応じて、在宅医療や認知症支援、ACP（アドバンス・ケア・プランニング「人生会議」）などをテーマにした講演会、研修会を開催しています。

## **(7) 地域住民への普及啓発**

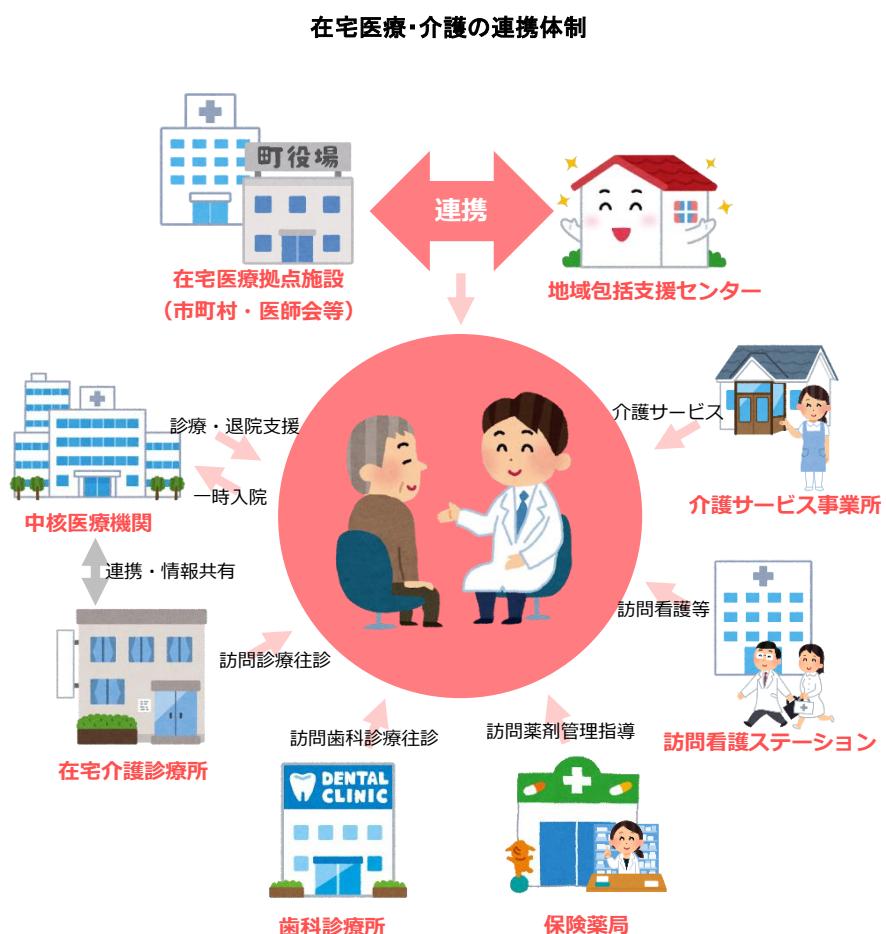
民生委員等、キーパーソンとなる地域団体への研修会の開催の他、定期的な情報紙の発行、公民館単位でのミニ講座の開催などより地域に浸透していくための啓発を実施しています。

今後は、徳之島版エンディングノートの作成と普及を行っていきます。

## 2 在宅医療・介護の連携体制の強化

平成 27 年度より、島内 3 町が合同で、島内の医療・介護関係者との連携のもとに在宅医療・介護連携推進事業を開始しています。各関係機関が参画し、地域の課題を共有しながら効果的な取組を展開できるよう、検討会や研修会、地域啓発活動などを進めていきます。

在宅医療や介護を利用している患者や利用者の緊急の相談等に対応できるよう、医療機関や訪問看護事業所、介護事業所間の連携により、切れ目なく連絡を受けられる体制の構築、また、在宅生活を支える往診や訪問看護、介護サービス等を提供できる体制の充実に努めます。



## 3 ターミナルケアへの対応

自らが希望する医療・ケアを受けるために、大切にしていることや望んでいること、どこで、どのような医療・ケアを望むかを普段から自分自身で考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが大切であることから、ACP（アドバンス・ケア・プランニング「人生会議」）の普及・啓発活動を推進します。

高齢者が望む場所で自分らしい最期を迎えることができるよう、看取り介護の体制の更なる強化に取り組みます。

## 4 医療計画との整合性の確保

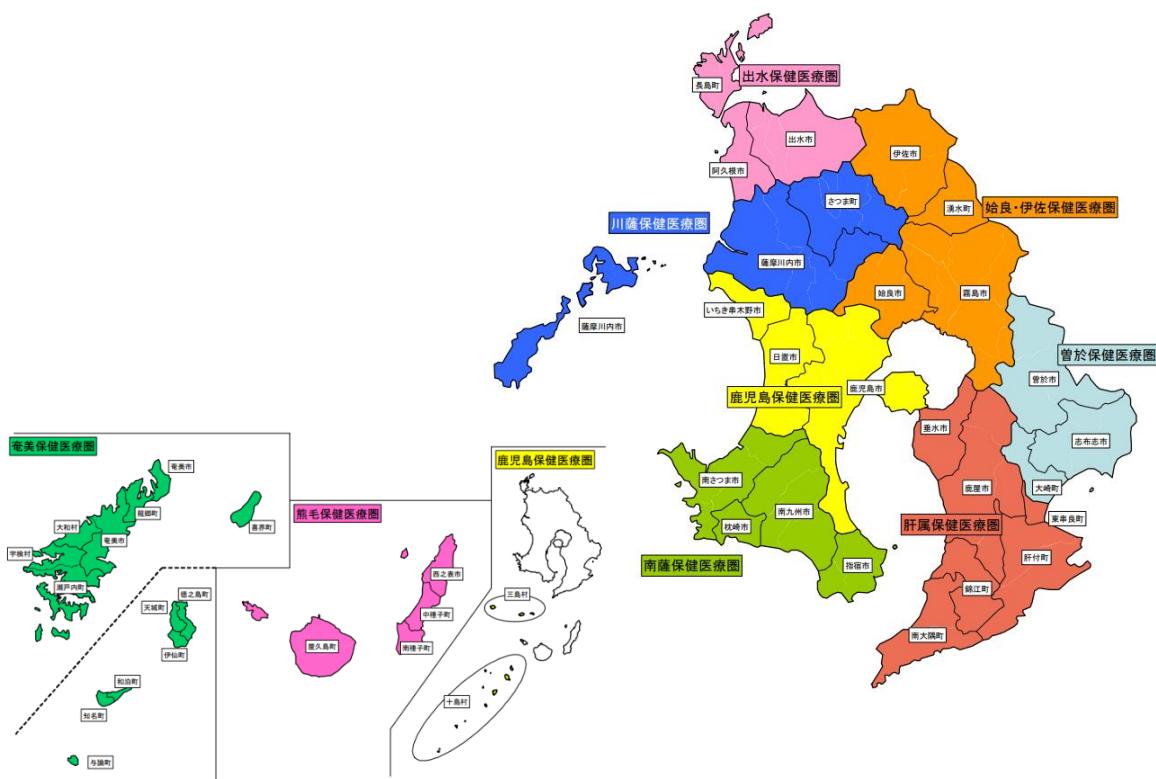
住み慣れた地域で安心して在宅療養が受けられるように、医療と介護及び在宅医療に関わる関係機関の多職種が連携し、情報の共有や切れ目のない支援を行うことができるよう、地域の現状把握や連絡調整等に努めます。

平成 30 年度以降、本計画と、鹿児島県が策定する医療計画の策定・見直しのサイクルが一致することとなります。病床の機能の分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制の構築並びに在宅医療・介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、これらの計画の整合性を確保することが重要です。

県は、平成 31 年 3 月に策定した鹿児島県保健医療計画を見直し、「県民が健康で長生きでき、安心して医療を受けられるみんなが元気な鹿児島」を基本理念とする「第 7 次鹿児島県保健医療計画」を策定するとともに、二次保健医療圏域ごとの特性や実情を踏まえて保健医療サービスに対するニーズを把握し、地域医療連携体制を主な内容とする「地域医療連携計画」を策定しました。

これは、医療計画の一部として策定されたもので、団塊世代が 75 歳以上となる 2025 年を視野に、地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化・連携を適切にするための指針です。ここに示された在宅医療整備の目標値と、本計画において掲げる介護のサービスの見込量が整合的なものとなるよう、県の主導による「医療・介護の体制整備に係る協議の場」において整合性を確保しました。

鹿児島県二次保健医療圏



## **基本目標5 介護サービス基盤が充実した自立支援を図るまち**

### **第1節 介護保険給付の適正化**

#### **1 基本的な考え方**

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

介護給付の適正化のために本町が行う適正化事業は、高齢者等が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようになるとともに、限られた資源を効率的・効果的に活用するために、本町が本来発揮するべき保険者機能の一環として自ら積極的に取り組むべきものであり、自らの課題認識の下に取組を進めていくことが重要です。

#### **(1) 保険者の主体的取組の推進**

介護給付の適正化のために行う適正化事業の実施主体は市町村であり、本来発揮するべき保険者機能の一環として自ら主体的・積極的に取り組むべきものです。

主体的な取組による創意工夫こそ、事業が効果を上げる近道であることから、適正化事業の推進に当たっては、市町村が被保険者・住民に対して責任を果たすという観点などを入れながら、保険者機能を高めるべく、目標と計画性をもって、重点や手段・方法を工夫しながら取組を進めます。

#### **(2) 県・国保連との連携**

適正化事業の実施主体は市町村ですが、適正化事業の推進に当たっては、広域的視点から市町村を支援する都道府県、国保連介護給付適正化システム（以下「適正化システム」という。）などにより適正化事業の取組を支える都道府県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）と密接かつ一体的な関係にあることから、相互の主体性を尊重しつつ、現状認識を共有し、それぞれの特長を活かしながら、必要な協力をを行い、一体的に取り組むことができるよう十分に連携を図ります。

#### **(3) 事業内容の把握と改善**

適正化事業の推進に当たっては、事業を実施すること自体が目的ではなく、事業を行った結果、介護給付の適正化に着実につなげることが必要です。そのためには、単に実施率の向上を図るだけでなく、実施している事業の具体的な実施状況や実施内容にも着目し、評価を行いながら、各事業の内容の改善に取り組みます。

## 2 適正化事業の推進

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成 29 年法律第 52 号）により、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）の一部が改正され、市町村介護保険事業計画には介護給付等に要する費用の適正化に関し、市町村が取り組むべき施策に関する事項及びその目標を定めるものとされました。

新たに法律上に位置づけられたことから、これまで以上に人員体制を確保するなどし、今後、いわゆる団塊世代すべてが 75 歳以上となる 2025 年、さらにはいわゆる団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる 2040 年に向けて、地域実情にあわせた地域包括ケアシステムを深化・推進していくためには、必要な給付を適切に提供するための適正化事業をさらに推進していくことが必要です。

このため、引き続き「①要介護認定の適正化」、「②ケアプランの点検」、「③住宅改修等の点検」、「④医療情報との突合・縦覧点検」、「⑤介護給付費通知」の主要 5 事業を柱としつつ、より具体性・実効性のある構成・内容に見直しを行うことにより、介護給付の適正化を一層推進していく必要があります。

### （1）保険者の主体的取組の推進

事業概要	本事業は、要介護認定の変更認定又は更新認定に係る認定調査の内容について職員等が訪問又は書面等の審査を通じて点検することにより、適切かつ公平な要介護認定の確保を図るために行うものです。
実施方法等	介護申請にかかる認定調査については、原則として徳之島地区介護保険一部事務組合に所属する調査員が実施しています。 要介護認定調査の平準化を図るために、適切に認定調査が行われるよう調査状況の把握、調査員への研修等を一部事務組合と連携し実施していきます。
要介護認定の適正化に向けた取組	一次判定から二次判定の軽重度変更率の地域差等について分析を行い、また、認定調査項目別の選択状況について、全国の保険者と比較した分析等を行い、要介護認定調査の平準化に向けた取組を実施します。
目標の設定	①調査・認定状況の状況把握とフィードバックを隨時実施継続します。 ②調査員・審査会委員研修の定期開催を年1回以上行います。

### （2）ケアプランの点検

事業概要	介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、事業者に資料提出を求め又は訪問調査を行い、職員等の第三者が点検及び支援を行うことにより、個々の受給者が真に必要とする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を改善するものです。
実施方法等	基本となる事項を介護支援専門員とともに確認検証しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」の実践に向けた取組の支援を目指し、①保険者によるチェックシート等を活用したケアプランの内容確認、②明らかになった改善すべき事項の介護支援専門員への伝達、③自己点検シートによる介護支援専門員による自己チェック及び保険者による評価、を行うとともに、④介護支援専門員への講習会の開催などを一体的に実施します。
目標の設定	①新規・更新のケアプランの全件提出・チェックを継続して実施します。 ②ケアマネジメント力向上のための機会を全居宅介護支援専門員が参加して実施します。

### (3) 住宅改修等の点検

#### ① 住宅改修の点検

事業概要	本町が改修工事を行おうとする受給者宅の実態確認や工事見積書の点検、竣工時の訪問調査等を行って施工状況を点検することにより、受給者の状態にそぐわない不適切又は不要な住宅改修を排除するものです。
実施方法等	本町への居宅介護住宅改修費の申請を受け、改修工事を施工する前に受給者宅の実態確認又は工事見積書の点検を行うとともに、施工後に訪問して又は竣工写真等により、住宅改修の施工状況等を点検します。 施工前の点検の際には、改修費が高額と考えられるもの、改修規模が大きく複雑であるもの、提出書類や写真からは現状が分かりにくいケース等に特に留意しながら、必要に応じ、理学療法士、作業療法士等のリハビリテーション専門職種等の協力を得て、点検を推進します。
目標の設定	住宅改修は事前書類確認を原則として全件状態把握を行うとともに、必要に応じての照会や訪問調査を継続して実施します。

#### ② 福祉用具購入・貸与調査

事業概要	本町が福祉用具利用者等に対し訪問調査等を行い、福祉用具の必要性や利用状況等について点検することにより、不適切又は不要な福祉用具購入・貸与を排除し、受給者の身体の状態に応じて必要な福祉用具の利用を進めるものです。
実施方法等	本町が福祉用具利用者等に対する訪問調査等を行い、福祉用具の必要性や利用状況等を確認します。その際、適正化システムにおいて各福祉用具の貸与品目の単位数が把握できるため、同一商品で利用者ごとに単位数が大きく異なるケース等に特に留意しながら、これを積極的に活用します。
目標の設定	①福祉用具貸与に関するケアプラン及び軽度者の例外給付申請書の全件確認を継続的に実施します。 ②福祉用具購入は事前書類確認を原則として全件状態把握を行うとともに、必要に応じての照会や訪問調査を継続して実施します。

### (4) 縦覧点検・医療情報との突合

事業概要	①縦覧点検 受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払状況(請求明細書内容)を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数等の点検を行い、請求内容の誤り等を早期に発見して適切な処置を行うものです。 ②医療情報との突合 医療担当部署との更なる連携体制の構築を図りつつ、受給者の後期高齢者医療や国民健康保険の入院情報と介護保険の給付情報を突合
------	---

	し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行い、医療と介護の重複請求の排除等を図るものです。
実施方法等	<p>縦覧点検及び医療情報との突合は費用対効果が最も期待できることから、優先的に実施するとともに、効率的な実施を図るため、国保連への委託や保険者の活用頻度の高い帳票を対象とした点検を行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 縦覧点検、医療情報との突合については、本町から国保連に対し、事業者への照会・確認から過誤申立書の作成・過誤処理までを委託することが可能です。</li> <li>○ 縦覧点検において有効性が高い帳票 <ul style="list-style-type: none"> <li>・重複請求縦覧チェック一覧表</li> <li>・算定期間回数制限チェック一覧表</li> <li>・居宅介護支援請求におけるサービス実施状況一覧表</li> </ul> </li> </ul>
目標の設定	突合の内容確認、必要に応じた内容照会を毎月実施します。

## (5) 介護給付費通知

事業概要	本町から受給者本人(家族を含む)に対して、事業者からの介護報酬の請求及び費用の給付状況等について通知することにより、受給者や事業者に対して適切なサービスの利用と提供を普及啓発するとともに、自ら受けているサービスを改めて確認し、適正な請求に向けた抑制効果をあげるものです。
実施方法等	<p>サービスに要する費用を受給者に通知する際、1)～5)を検討していきます。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1)通知の範囲を効果の期待できる対象者・サービスに絞り込む工夫</li> <li>2)サービスを見直す節目となる認定の更新・変更の時期など受給者の理解を求めやすい適切な送付時期の工夫</li> <li>3)説明文書やQ &amp; Aの同封、自己点検リストの同封、居宅介護支援事業所の介護支援専門員による説明など受け取った受給者が通知内容を理解できるようにするための工夫</li> <li>4)ケアプランや提供されているサービスが受給者の状況に照らして妥当か評価するための工夫</li> <li>5)事業者や事業者団体への周知など事業者の協力と理解を求めるための工夫を行い、単に通知を送付するだけでなく、効果が上がる実施方法</li> </ol>
目標の設定	年1回の介護給付通知を行います。

## **第2節 円滑な運営のための体制づくり**

### **1 介護サービス提供基盤の確保**

団塊世代が75歳以上となる令和7（2025）年、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22（2040）年に向け、増加するニーズに対応できるサービス基盤を整備することが求められています。要支援・要介護認定者の状態やニーズに対応できるよう、中長期的な視野に立って、各種介護サービスの充実を図ります。

計画に位置付ける介護サービス提供基盤を確保にあたり、事業者などにホームページ等を通じて、計画の内容やサービス提供事業所の詳細な情報、また、事業者の公募や活用できる補助金等についての周知を図ります。

### **2 地域密着型サービス事業者等の適切な指定、指導監査**

地域密着型サービス事業者に対して、指定更新の期間内に1回以上実地指導を行い、サービスの質の向上を図ります。

住み慣れた地域で、安心して生活を送り続けるためには、地域に密着したきめ細かなサービス提供が重要となっています。このため、高齢者の状況やサービス利用意向などを的確に把握し、利用者にとって必要なサービスの推進を図ります。

また、事業者の指定や運営については、地域密着型サービス運営協議会の意見を反映して、適正な事業運営の確保に努めます。

### **3 サービス事業所への指導・助言及び新規参入への支援**

介護サービスの質の向上を図り、利用者への適切なサービスが提供できるよう、保険者の立場から事業者に対する指導・助言を行うことが重要となります。そのため、近年生じている不正事案をふまえ、関係機関と連携しながら、事業者の法令遵守等の体制整備や事業者本部への立ち入り調査など、不正の防止に努めます。

また、地域密着型サービスについては、市町村が指定・指導監督権限を有していることから、事業者への立ち入り調査権限も活用しながら適切な指導・監督を行います。

### **4 地域包括支援センター運営協議会の設置**

地域包括支援センターの適切な運営、公正・中立性の確保、その他センターの円滑かつ適正な運営を図るため、地域包括支援センター運営協議会を設置しています。

## 5 人材の育成・確保

介護に携わる人材が不足し、町内でもサービス事業所の閉鎖があるなど、深刻な問題となっております。今後、生産年齢層の人口減少が顕著となることから、ますます介護人材の不足が問題となってくることが予想されます。島内全体で対策を図る必要があることから、3町及び各関係団体と連携を図り、対応を検討していきます。

### (1) 事業者連絡会の設置

島内での職員確保や資質向上に関わる課題を共有し、連携した取組を展開するための協議の場を設置していきます。

### (2) 介護職への理解普及啓発

進学就職先に「介護職」を選択肢してもらうためには、既存の介護職に関するイメージを払しょくし、第3者的人生に関わり暮らしを共に創ることであり、自分自身の成長に役立つ仕事であるという介護職への理解を浸透していくことも必要です。鹿児島県が実施している「ケア☆スター」の徳之島版や、広報誌での介護職員紹介などが考えられます。

### (3) 介護人材の資質の向上及び職場定着支援

処遇改善による賃金向上を図るとともに、ライフバランスとキャリアアップにより離職を防止していくことが必要です。職場に人材が定着しやすい組織にするために、町内の事業者間同士のディスカッションやワークショップを開催し、それぞれが抱えている問題や業務改善事例の情報共有を行うことで、業務の質や職場定着率の向上を図ります。さらには、国立公園を有する自然豊かな島の暮らしをアピールし、各種のマリンスポーツや、島の環境と暮らしを楽しみながら介護職員に従事することができる環境づくりを検討していきます。

また、事業者連絡会や協議会との連携のもとに、各種研修の開催を行い資質向上の取組を継続的に実施していきます。

### (4) ICT の活用等による介護現場の効率化

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

### (5) 外国人介護人材の受け入れの支援

外国人介護人材を受け入れる予定のある事業所や受け入れを検討する事業所に対し、国や県が発信する情報や補助に関する情報をホームページ等で周知し、受け入れを支援します。

## **6 低所得者対策**

低所得者に対する利用者負担の軽減策として、特定入所者介護サービス費や社会福祉法人による利用者負担軽減制度等の支援を引き続き実施します。

## **7 未納者対策**

健全な財政運営及び負担の公平性の観点から、保険料の納入を促進する方策を実施します。

- 広報やパンフレット等を通じた広報活動を実施します。
- 未納者への督促の際に未納の理由を確認し、事情によっては分割納付などの納付勧奨をすすめています。
- 長期滞納者に対しては、給付制限を適用するなどの措置を講じて早急な納入を促します。

※最終段階で見込み量と事業費については記載します。

現在の試算状況については、別途資料を当日に配付します。

### 第3節 介護保険サービスの見込み

#### 1 居宅サービス見込量

居宅介護サービス見込量は、平成30年度から令和2年度の利用実績と要介護（要支援）認定者数の推計を踏まえた自然体推計に、「介護離職ゼロのための介護サービスの確保」の見込みを踏まえ、次のとおり設定します。

##### ① 訪問介護

###### [概要]

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

###### [方針]

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						
	供給量(回数／月)						

##### ② 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

###### [概要]

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

###### [方針]

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						
	供給量(回数／月)						
予防給付	利用人数(人／月)						
	供給量(回数／月)						

### ③ 訪問看護・介護予防訪問看護

#### [概要]

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

#### [方針]

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						
	供給量(回数／月)						
予防給付	利用人数(人／月)						
	供給量(回数／月)						

### 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

#### [概要]

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

#### [方針]

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						
	供給量(回数／月)						
予防給付	利用人数(人／月)						
	供給量(回数／月)						

## ⑤ 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

### [概要]

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

### [方針]

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						
予防給付	利用人数(人／月)						

## ⑥ 通所介護

### [概要]

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

### [方針]

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						
	供給量(回数／月)						

## 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

### [概要]

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

### [方針]

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						
	供給量(回数／月)						
予防給付	利用人数(人／月)						

## ⑧ 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

### [概要]

介護者の事情等により居宅での介護が困難になった際に、施設に一定期間入所し、入浴・食事・排泄などの介護や日常生活の世話、機能訓練などを受けるもので、特別養護老人ホームに入所する場合、短期入所生活介護となります。

### [方針]

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						
	供給量(回数／月)						
予防給付	利用人数(人／月)						
	供給量(回数／月)						

## ⑨ 短期入所療養介護（老健）・介護予防短期入所療養介護（老健）

### 【概要】

短期入所のうち、老人保健施設に入所する場合、短期入所療養介護となります。

### 【方針】

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						
	供給量(回数／月)						
予防給付	利用人数(人／月)						
	供給量(回数／月)						

## ⑩ 短期入所療養介護（病院等）・介護予防短期入所療養介護（病院等）

### 【概要】

短期入所のうち、介護療養型医療施設に入所する場合、短期入所療養介護となります。

### 【方針】

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						
	供給量(回数／月)						
予防給付	利用人数(人／月)						
	供給量(回数／月)						

## ⑪ 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

### 【概要】

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

### 【方針】

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						
予防給付	利用人数(人／月)						

## ⑫ 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

### 【概要】

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

### 【方針】

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						
予防給付	利用人数(人／月)						

### ⑬ 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売

#### [概要]

居宅での介護を円滑に行うことができるよう、5種目の特定福祉用具の購入費に対して年間10万円を上限として支給するサービスです。

#### [方針]

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						
予防給付	利用人数(人／月)						

### ⑭ 住宅改修・介護予防住宅改修

#### [概要]

在宅生活に支障がないように行う住宅の改修（段差解消、手すり取付け等）に対し、20万円を上限として費用の支給を行うものです。

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

#### [方針]

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						
予防給付	利用人数(人／月)						

## ⑯ 居宅介護支援・介護予防支援

### [概要]

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

### [方針]

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						
予防給付	利用人数(人／月)						

## 2 施設サービス見込量

施設サービス見込量は、令和3年度から令和5年度のまでの施設定数と利用実績、「医療計画に基づく介護施設・在宅医療等の追加的需要」の見込みを踏まえ、次のとおり設定します。

なお、介護老人福祉施設は、特例入所者の見込みを踏まえて、適切な運用を図ることが重要です。

### ① 介護老人福祉施設

#### [概要]

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

#### [方針]

	実績見込(第8期)	見込み(第9期)					
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						

### ② 介護老人保健施設

#### [概要]

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

#### [方針]

	実績見込(第8期)	見込み(第9期)					
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						

### ③ 介護療養型医療施設

#### [概要]

病状が安定期にある要介護者に対し、医学的管理のもとに介護その他の世話や医療・リハビリテーションなどを行う入所施設です。

#### [方針]

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						

#### ④ 介護医療院

##### [概要]

今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズに対応するため、日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れや看取り・ターミナル等の機能と、生活施設としての機能を兼ね備え、「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話（介護）」を一体的に提供する入所施設です。

##### [方針]

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						

### 3 地域密着型サービス見込量

地域密着型サービス見込量は、令和3年度から令和5年度の利用実績と要介護（要支援）認定者数の推計を踏まえた自然体推計に、「介護離職ゼロのための介護サービスの確保」の見込みを踏まえ、次のとおり設定します。

なお、第9期計画における地域密着型サービスの整備は見込んでいません。

#### ① 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

##### [概要]

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

##### [方針]

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						
予防給付	利用人数(人／月)						

#### ② 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

##### [概要]

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

##### [方針]

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						
予防給付	利用人数(人／月)						

#### ③ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

##### [概要]

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

##### [方針]

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						
予防給付	利用人数(人／月)						

#### ④ 認知症対応型通所介護

##### 【概要】

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

##### 【方針】

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						
	供給量(回数／月)						
予防給付	利用人数(人／月)						
	供給量(回数／月)						

#### ⑤ 地域密着型特定施設入居者生活介護

##### 【概要】

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

##### 【方針】

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						

#### ⑥ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

##### 【概要】

定員 29 人以下の小規模な介護老人福祉施設で、入浴・排せつ・食事等の介護など日常生活上の世話や機能訓練を行うサービスです。

##### 【方針】

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						

## ⑦ 地域密着型通所介護

### [概要]

デイサービスセンターに通い、入浴、排せつ、食事等の介護などの日常生活上の支援や介護、日常生活を想定した運動機能の向上や栄養改善のための指導等の機能訓練を行うサービスで、利用定員が18人以下の事業所のものです。

### [方針]

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						

## ⑧ 看護小規模多機能型居宅介護

### [概要]

小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせて、介護と医療それぞれのサービスが受けられます。

### [方針]

		実績見込(第8期)			見込み(第9期)		
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護給付	利用人数(人／月)						

## 4 地域密着型サービスの整備計画

## 5 サービス給付費の見込み

### ① 介護サービス給付費

(単位：千円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
居宅サービス			
訪問介護			
訪問入浴介護			
訪問看護			
訪問リハビリテーション			
居宅療養管理指導			
通所介護			
通所リハビリテーション			
短期入所生活介護			
短期入所療養介護（老健）			
短期入所療養介護（病院等）			
短期入所療養介護（介護医療院）			
福祉用具貸与			
特定福祉用具販売			
住宅改修			
特定施設入居者生活介護			
地域密着型サービス			
定期巡回・隨時対応型訪問介護看護			
夜間対応型訪問介護			
地域密着型通所介護			
認知症対応型通所介護			
小規模多機能型居宅介護			
認知症対応型共同生活介護			
地域密着型特定施設入居者生活介護			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			
看護小規模多機能型居宅介護			
介護保険施設サービス			
介護老人福祉施設			
介護老人保健施設			
介護医療院			
介護療養型医療施設			
居宅介護支援			
介護サービス給付費計			

## ② 介護予防サービス給付費

(単位 : 千円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防サービス			
介護予防訪問入浴介護			
介護予防訪問看護			
介護予防訪問リハビリテーション			
介護予防居宅療養管理指導			
介護予防通所リハビリテーション			
介護予防短期入所生活介護			
介護予防短期入所療養介護（老健）			
介護予防短期入所療養介護（病院等）			
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）			
介護予防福祉用具貸与			
特定介護予防福祉用具販売			
介護予防住宅改修			
介護予防特定施設入居者生活介護			
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			
介護予防小規模多機能型居宅介護			
介護予防認知症対応型共同生活介護			
介護予防支援			
介護予防サービス給付費計			

## ③ 総給付費（介護給付費・予防給付費介護サービス）

(単位 : 千円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防サービス給付費計			
介護サービス給付費計			
介護サービス給付費計			

## ④ 地域支援事業費

(単位 : 千円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防・日常生活支援総合事業費			
包括的支援事業・任意事業費			
計(地域支援事業費)			

※総合相談支援業務の一部委託や介護予防支援の見直し等包括的支援事業の事業量を見込みます。

## 6 第1号被保険者保険料の見込み

### (1) 第9期事業費給付費の推計

	第9期 (単位:千円)			
	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計
標準給付費見込額(A)				
介護給付費・予防給付費				
特定入所者介護サービス費等給付額				
高額介護サービス費等給付額				
高額医療合算介護サービス費等給付額				
算定対象審査支払手数料				
地域支援事業費(B)				
標準給付費+地域支援事業費合計見込額 (A+B)				

標準給付費+地域支援事業費

千円

23%

第1号被保険者負担分相当額

千円

第1号被保険者負担分相当額

千円

+ ) 調整交付金調整額

千円

+ ) 調整交付金見込額

▲千円

+ ) 準備基金取崩額

▲千円

保険料収納必要額

千円

保険料収納必要額

千円

保険料収納必要額

千円

÷ ) 予定保険料収納率

%

÷ ) 所得段階別加入割合補正後被保険者数

人

÷ ) 12か月

= 標準月額 : 円

※準備基金取崩額による影響額 ( 円 )

※第9期標準月額 円

## (2) 所得段階区分及び第9期介護保険料の設定

**所得段階別保険料額**

段 階	対象者	保険料 の調整率	月額
第 1 段階	・生活保護被保護者等 ・世帯全員が市町村民税非課税かつ前年の合計所得金額+課税年金収入が 80 万円以下	0.50 (0.3)	円 (円)
第 2 段階	・世帯全員が市町村民税非課税かつ前年の合計所得金額+課税年金収入が 80 万円超 120 万円以下	0.7 (0.5)	円 (円)
第 3 段階	・世帯全員が市町村民税非課税かつ前年の合計所得金額+課税年金収入が 120 万円超	0.75 (0.7)	円 (円)
第 4 段階	・本人が市町村民税非課税(世帯に課税者がいる)かつ前年の合計所得金額+課税年金収入が 80 万円以下	0.9	円
第 5 段階	・本人が市町村民税非課税(世帯に課税者がいる)かつ前年の合計所得金額+課税年金収入が 80 万円超	1.00	円
第 6 段階	・市町村民税課税かつ前年の合計所得金額 120 万円未満	1.20	円
第 7 段階	・市町村民税課税かつ前年の合計所得金額 120 万円以上 210 万円未満	1.30	円
第 8 段階	・市町村民税課税かつ前年の合計所得金額 210 万円以上 320 万円未満	1.50	円
第 9 段階	・市町村民税課税かつ前年の合計所得金額 320 万円以上	1.70	円

※ ( ) は低所得者保険料軽減事業による軽減後の調整率及び保険料額

**第9期における所得段階別の高齢者数の見込み**

段 階	令和 6 年度		令和 7 年度		令和 8 年度	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
第 1 段階		%		%		%
第 2 段階		%		%		%
第 3 段階		%		%		%
第 4 段階		%		%		%
第 5 段階		%		%		%
第 6 段階		%		%		%
第 7 段階		%		%		%
第 8 段階		%		%		%
第 9 段階		%		%		%
計		100.0%		100.0%		100.0%

(3) 令和●年度の保険料等の見通し

区分	令和●年度
標準給付費見込額 (A)	
地域支援事業費 (B)	
第1号被保険者負担分相当額 (D)	
保険料収納必要額 (L)	
予定保険料収納率	%
保険料の基準額 (月額)	円

(4) 財源構成

