

第 4 章

施策の展開

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

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。

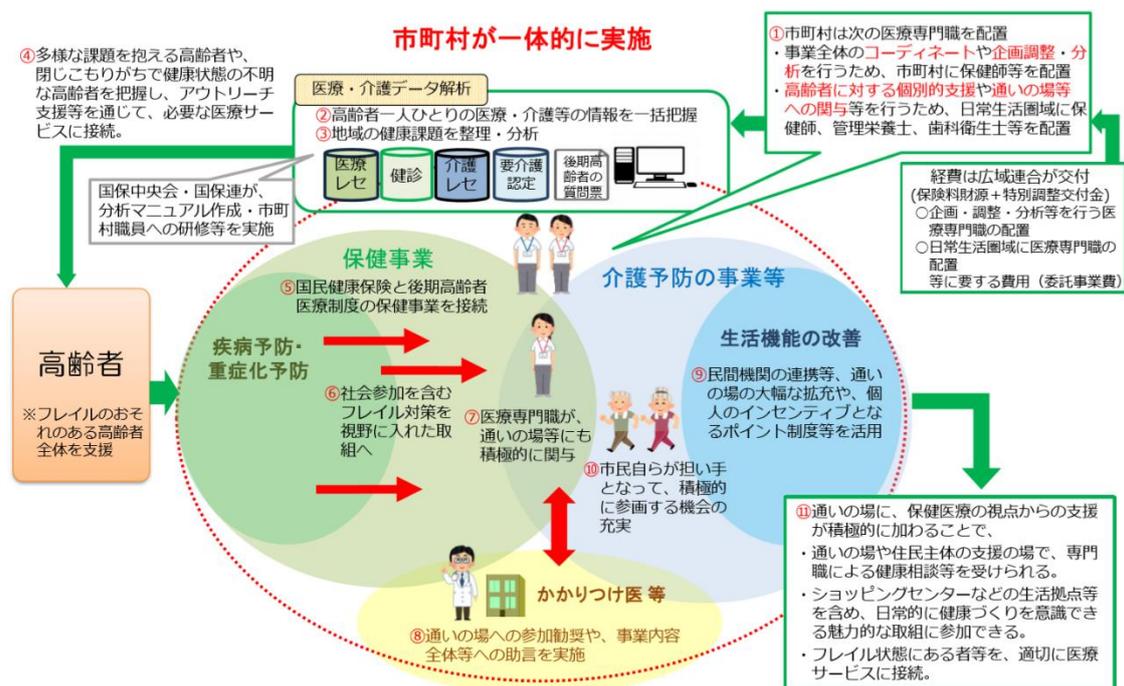
要支援・要介護の認定が必要になった原因疾患は、筋骨格の病気と悪性新生物を除くと、生活習慣病が多く占めていることから、健診の受診率の向上や適切な保健指導の実施に努めるとともに、生活習慣病予防やコントロールに向けた健康教室の開催や運動しやすい環境づくりを行い、生活習慣の改善を図ります。

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7年(2025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 高齢者における保健事業と介護予防の一体的な推進

保健事業については、本人の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、現制度においては、75歳になるとそれまで加入していた国民健康保険制度等から後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。

このことから、高齢者の特性を踏まえた健康支援として、今後、フレイル(虚弱)対策を推進する必要があり、栄養、運動、社会参加の観点から取組を検討するとともに、社会参加という面から、保健事業と介護予防の地域支援事業等との連携に努めます。



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。

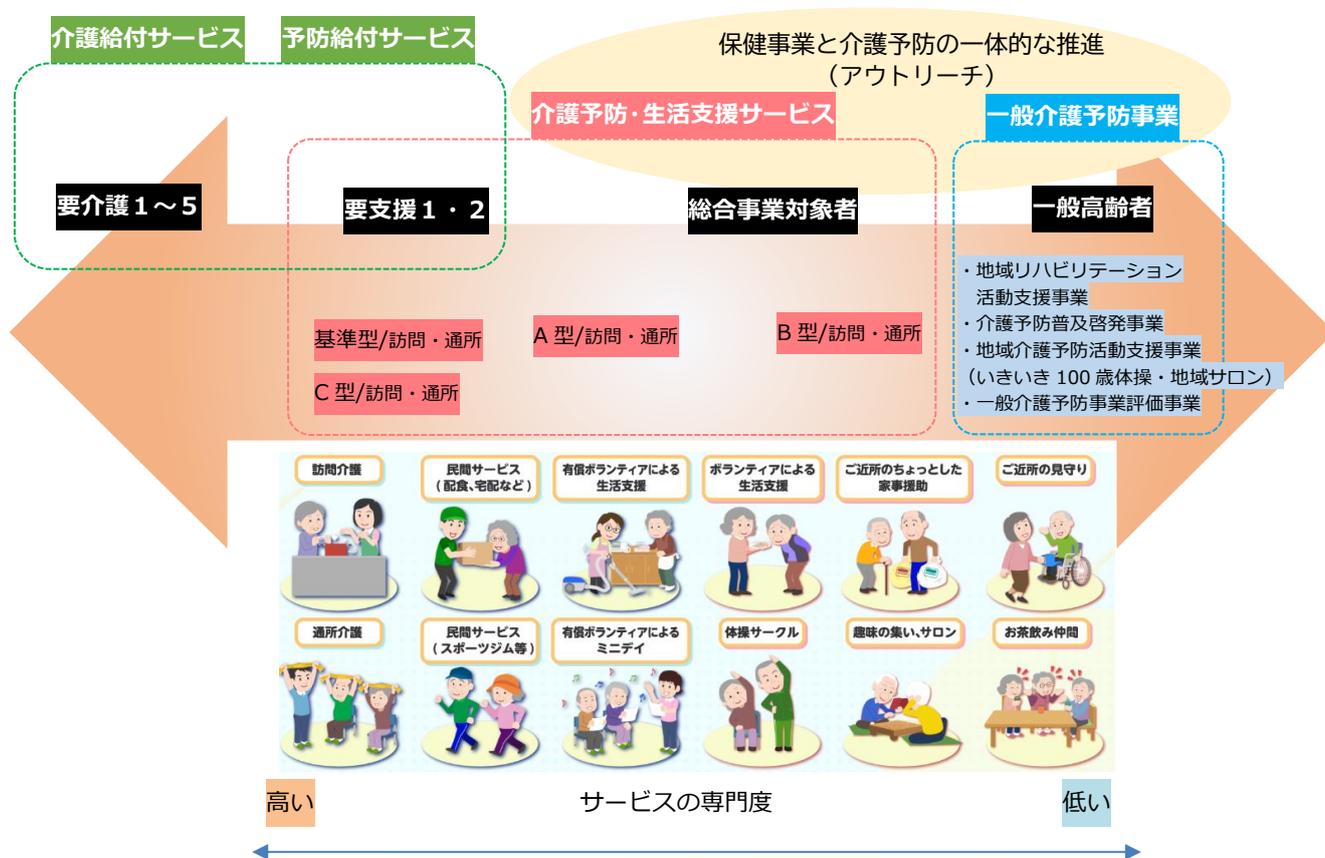
(3) 重度化予防とチームケア体制の構築

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

地域における介護予防・自立支援の取組の機能強化を図るため、リハビリテーション専門職等の協力を得て、支援を要する人の有する能力を最大限に引き出すための方法を検討し、高齢者の自立に向けた取組を行います。

2 PDCAサイクルによる自立支援、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。

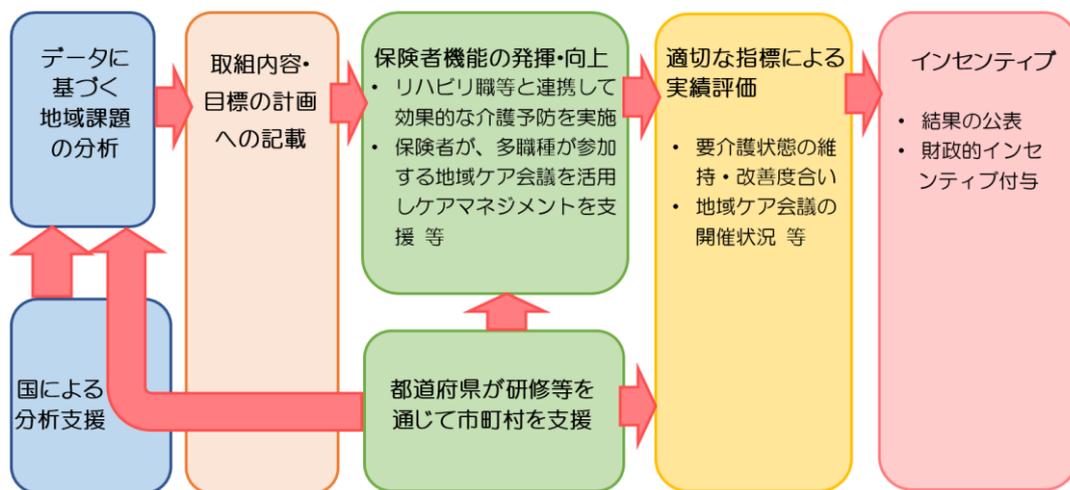
この一環として、自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるよう、客観的な評価指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止などに関する取組を推進するための新たな交付金が創設されました。

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。

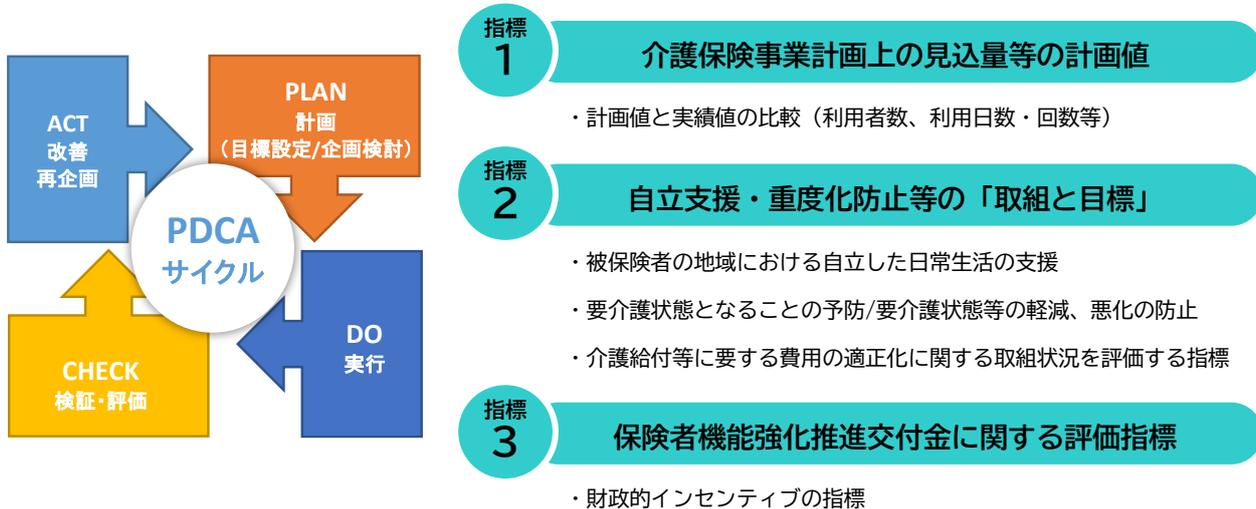
こうした中で、介護サービス基盤の整備に加えて、予防・健康づくりの取組等を通じて、地域のつながり強化につなげていくことが求められます。

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。

保険者機能推進交付金（インセンティブ交付金）



PDCAにおける進捗管理のための3つの指標



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 (令和元年度)	目標 (令和5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	9地区	11地区
サロンを含む住民主体の通いの場の増加	32ヶ所	35ヶ所
介護予防の場への65歳以上参加率	26.9%	30.0%
高齢者元気度アップ・ポイント事業登録者数	770名	1,000名
介護予防ファイルの活用率の増加	18.0%	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	無	有
生活応援隊登録者数(活動者数)の増加	107(107)	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 (令和元年度)	目標 (令和5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6回	維持
地域ケア会議へのケアマネジャーの参加率	100.0%	維持
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	調整中	年4回以上

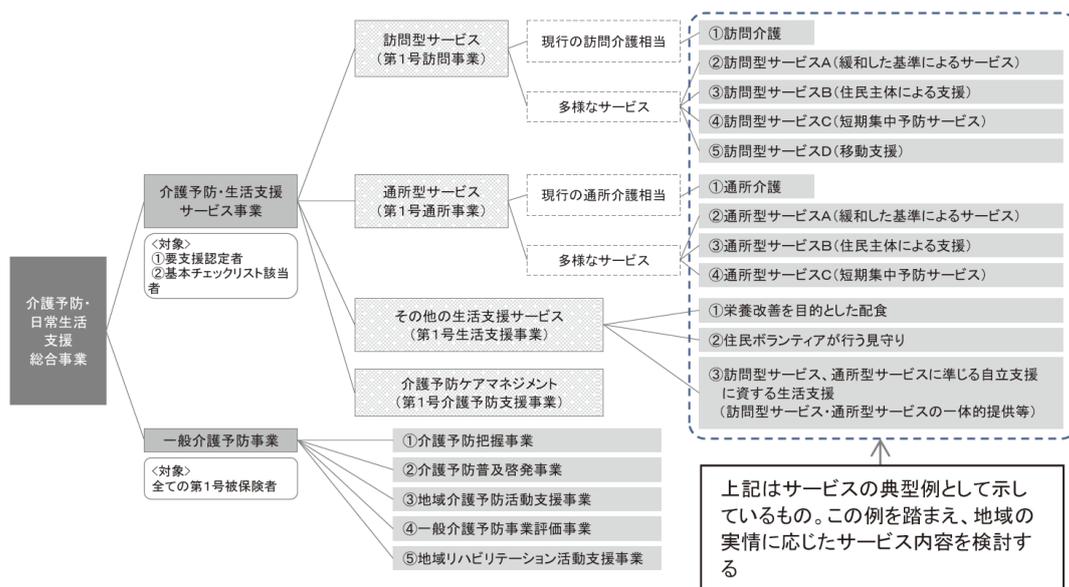
重症化予防に向けた取組内容と数値目標

重点施策・取組内容及び評価項目	現状 (令和元年度)	目標 (令和5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	543	530
要介護認定者割合の維持・減少	16.3	15.1
要介護認定者の介護度の変化	国保連データ	減少
要介護認定基準時間の変化	国保連データ	減少
要介護認定基準時間当たりの単位数	国保連データ	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	国保連データ	維持
終末期医療について話をしている高齢者の割合	40	50
病院以外で最期を迎えたい高齢者の割合	64	75
在宅(施設)看取り率の増加	17.5	20

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旨とするものです。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"> ●地域サロン ●地域サロン交流会 ●介護予防研修会 ●高齢者元気度アップ・ポイント事業 ●ふれあいの館 いっちも〜れ ●地域リハビリテーション活動支援事業 	訪問型サービス ○訪問介護 ○訪問介護 B (社協) ○訪問介護 C	◇訪問看護 ◇訪問リハビリテーション ◇通所リハビリテーション
	通所型サービス ○通所介護 ○通所介護 B (集落委託) ○通所介護 C ○直営型介護予防教室	◇居宅療養管理指導 ◇短期入所生活介護 ◇認知症対応型通所介護 ◇福祉用具貸与
	生活支援サービス 宅配給食 (社協)	◇福祉用具購入費支給 ◇住宅改修費支給

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・拡充に努めていきます。

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。

(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行わ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。

(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きます。

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。

(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

(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。

(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、人と人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。

(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を行なっています。

基本目標 2 誰もが居場所があり共に支えあうまち

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。

(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。

また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「いっちも～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。

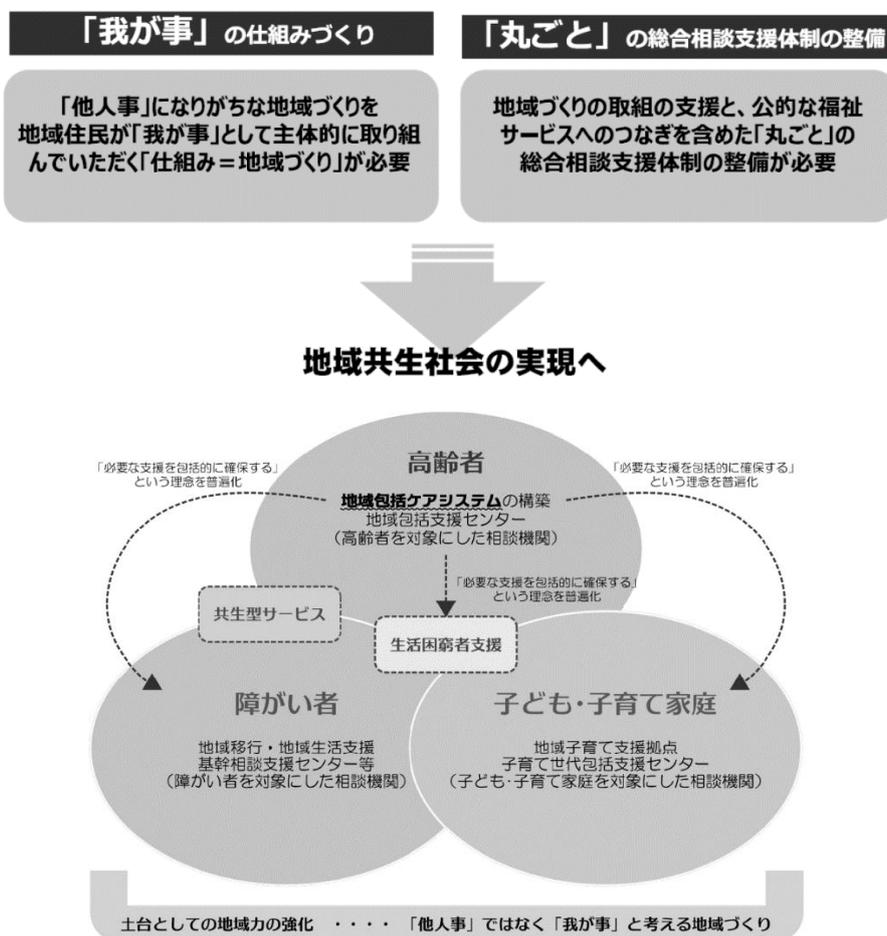
地域共生社会の概要

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をすることや、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) 地域社会への還元

生涯学習活動によって得られた知識をボランティア活動等により、地域に還元する社会貢献活動を支援していきます。

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。

第2節 生活支援体制の充実

1 生活支援体制の整備

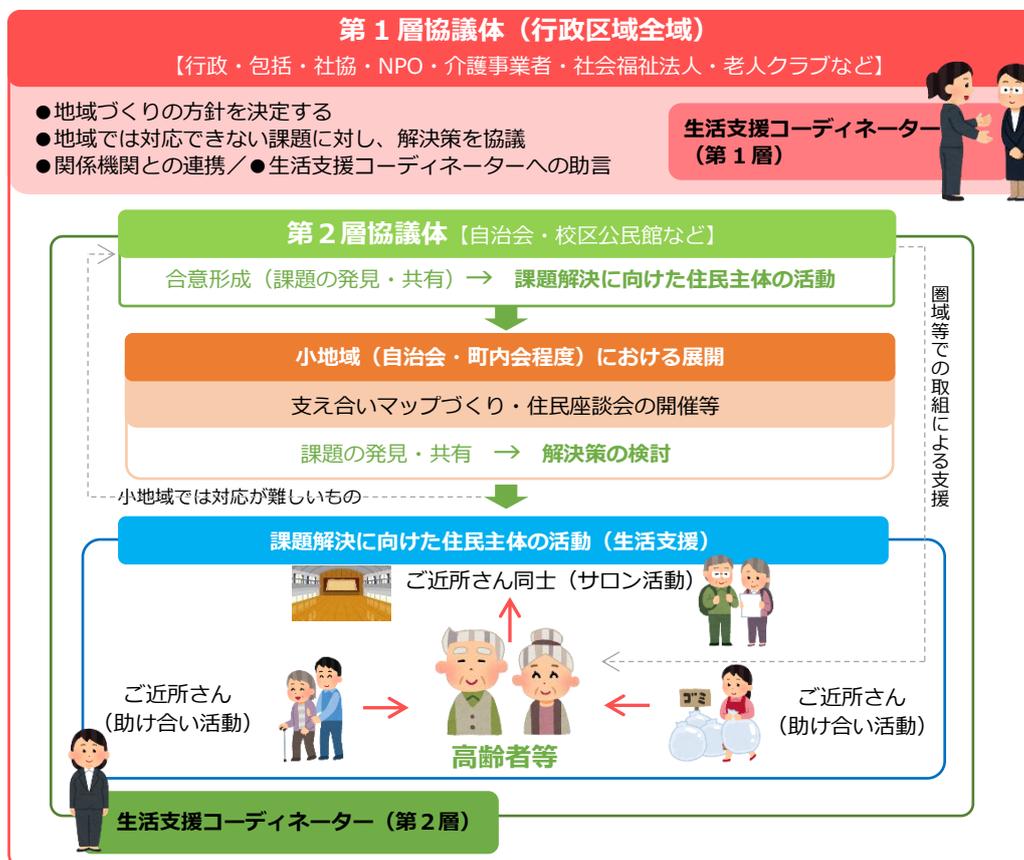
高齢者の暮らしには、医療や介護などの専門的なケアだけでなく、日常生活のちょっとした困りごとに対する手助けが必要です。

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。

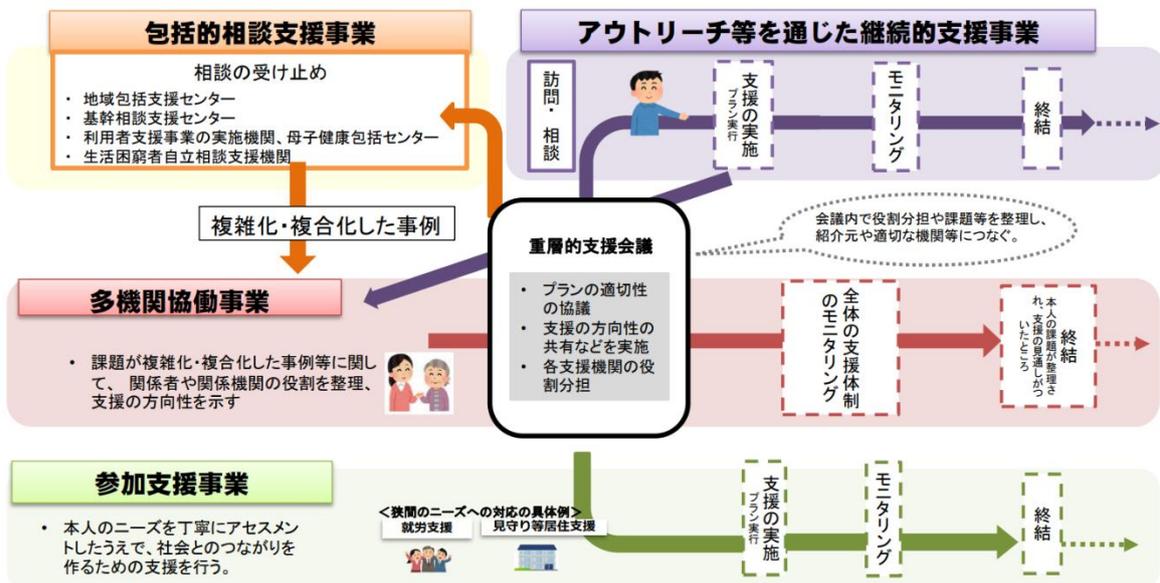
「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」や「協議体」の設置等を通じて、互助を基本とした生活支援・介護予防サービスが創出されるよう取組を進めていきます。

生活支援体制イメージ



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。

重層的支援体制整備事業における3つの支援の内容	
I 相談支援	① 介護(地域支援事業)、障害(地域生活支援事業)、子ども(利用者支援事業)、困窮(生活困窮者自立相談支援事業)の相談支援にかかる事業を一体として実施し、本人・世帯の属性にかかわらず受け止める、包括的相談支援事業を実施 ② 複合課題を抱える相談者にかかる支援関係機関の役割や関係性を調整する多機関協働事業を実施。 ③ 必要な支援が届いていない相談者にアウトリーチ等を通じた継続的支援事業を実施。
II 参加支援事業	○介護・障害・子ども・困窮等の既存制度については緊密な連携をとって実施するとともに、既存の取組では対応できない狭間のニーズに対応するため(※1)、本人のニーズと地域の資源との間を取り持ったり、必要な資源を開拓し、社会とのつながりを回復する支援(※2)を実施 (※1) 世帯全体としては経済的困窮の状態にないが、子がひきこもりであるなど (※2) 就労支援、見守り等居住支援 など
III 地域づくり事業	○介護(一般介護予防事業、生活支援体制整備事業)、障害(地域活動支援センター)、子ども(地域子育て支援拠点事業)、困窮(生活困窮者のための共助の基盤づくり事業)の地域づくりに係る事業を一体として実施し、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場を確保する地域づくりに向けた支援を実施 ○事業の実施に当たっては、以下の場及び機能を確保 ①住民同士が出会い参加することのできる場や居場所 ②ケア・支え合う関係性を広げ、交流や活躍の場を生み出すコーディネート機能



2 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 |

3 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。

4 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)

5 地域資源の開発に向けた方向性

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。

6 地域支援事業における生活支援（任意事業）

地域の実情に応じて、創意工夫を生かした多様な取組ができる事業です。福祉施策の充実を図りながら取り組みます。

(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。

(2) 配食事業

65歳以上のひとり暮らしの高齢者等を対象に配食サービスを社会福祉協議会に委託し、安否確認や食生活の改善と健康増進を図るため、在宅での自立生活の支援に努めています。

(3) シルバーハウジング生活援助員派遣事業

ひとり暮らし高齢者等の地域社会活動における見守りを促進するため、生活援助員が安否確認や緊急時の一時対応などを行います。

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

1 認知症施策の推進

令和元年6月に、国から「認知症施策推進大綱」が示されました。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。

「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。認知症の人が尊厳と希望をもって認知症とともに生きること、また認知症があってもなくても同じ社会で共に生活できることを目指し、認知症予防教室や相談会、多職種でのチームを組んでの支援、認知症地域支援推進員の配置など、認知症施策を総合的に推進します。

認知症施策推進大綱の概要

「共生」	認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる、という意味である。 引き続き、生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す。
「予防」	「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味である。 運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスの収集・普及とともに、通いの場における活動の推進など、正しい知識と理解に基づいた予防を含めた認知症への「備え」としての取組に重点を置く。結果として、70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す。また、認知症の発症や進行の仕組みの解明、予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める。

5つの柱	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 ⑤ 研究開発・産業促進・国際展開
------	---

2 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（令和元年度末 1,147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。

さらには、「チームオレンジ」の設置に向けて取り組み、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、認知症の人が安心して暮らし続けられる地域づくりを進めていきます。

(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。

(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。

3 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。

今後も認知症サポー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。

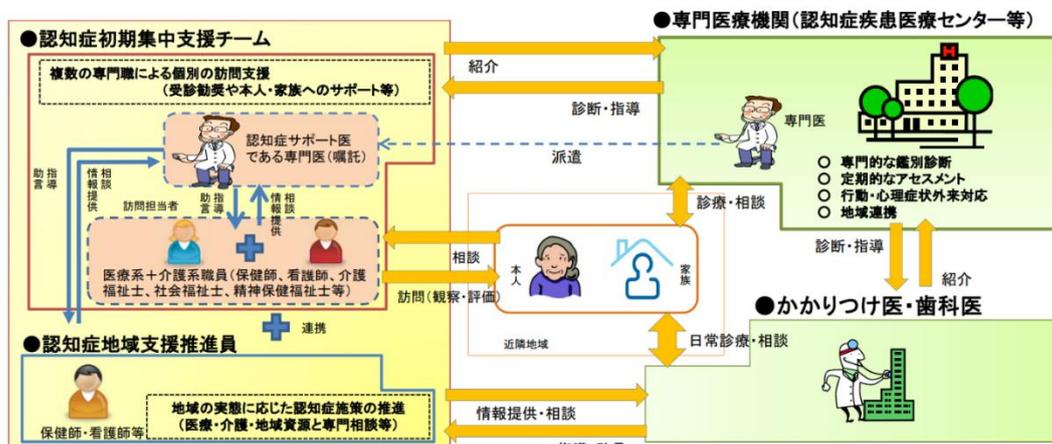
(2) 認知症初期集中支援チームの運営・活用

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、身体の様子の子エック)
- 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

4 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・介護保険施設などで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

新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、これらに対する体制整備が求められています。

感染症に対する備えについては、日頃から介護事業所等と連携し、訓練の実施や感染拡大防止策の周知啓発、感染症発生時に備えた平時からの事前準備、感染症発生時の代替サービスの確保に向けた連携体制の構築等を行うことが重要です。

介護事業所等が感染症発生時においてもサービスを継続するための備えが講じられているかを定期的に確認するとともに、職員が感染症に対する理解や知見を有した上で業務に当たることができるよう、感染症に対する研修の充実等を支援します。

また、感染症発生時も含めた県や保健所、協力医療機関等と連携した支援体制の整備、さらに、介護事業所等における、適切な感染防護具、消毒液その他の感染症対策に必要な物資の備蓄・調達・輸送体制の整備を促します。

(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) 消費者被害の防止

高齢者の判断力低下に乗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。

(7) 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。

(8) 高齢者の権利擁護

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、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 住まいの安定的な確保

□ 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関わる相談支援や、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。

□ 軽費老人ホーム（ケアハウス）

60 歳以上で、身のまわりのことは自分でできるものの、身体機能が低下しており、自宅で生活ができない方が居住する施設です。施設そのものは介護保険制度外ですが、介護保険の居宅サービスである特定施設入居者生活介護の適用を受けた施設では、施設内において介護サービスを受けることができます。

今後も、既存施設におけるサービス提供体制の充実や、連携の強化などを促進します。

□ 住宅型有料老人ホーム及びサービス付き高齢者住宅

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。

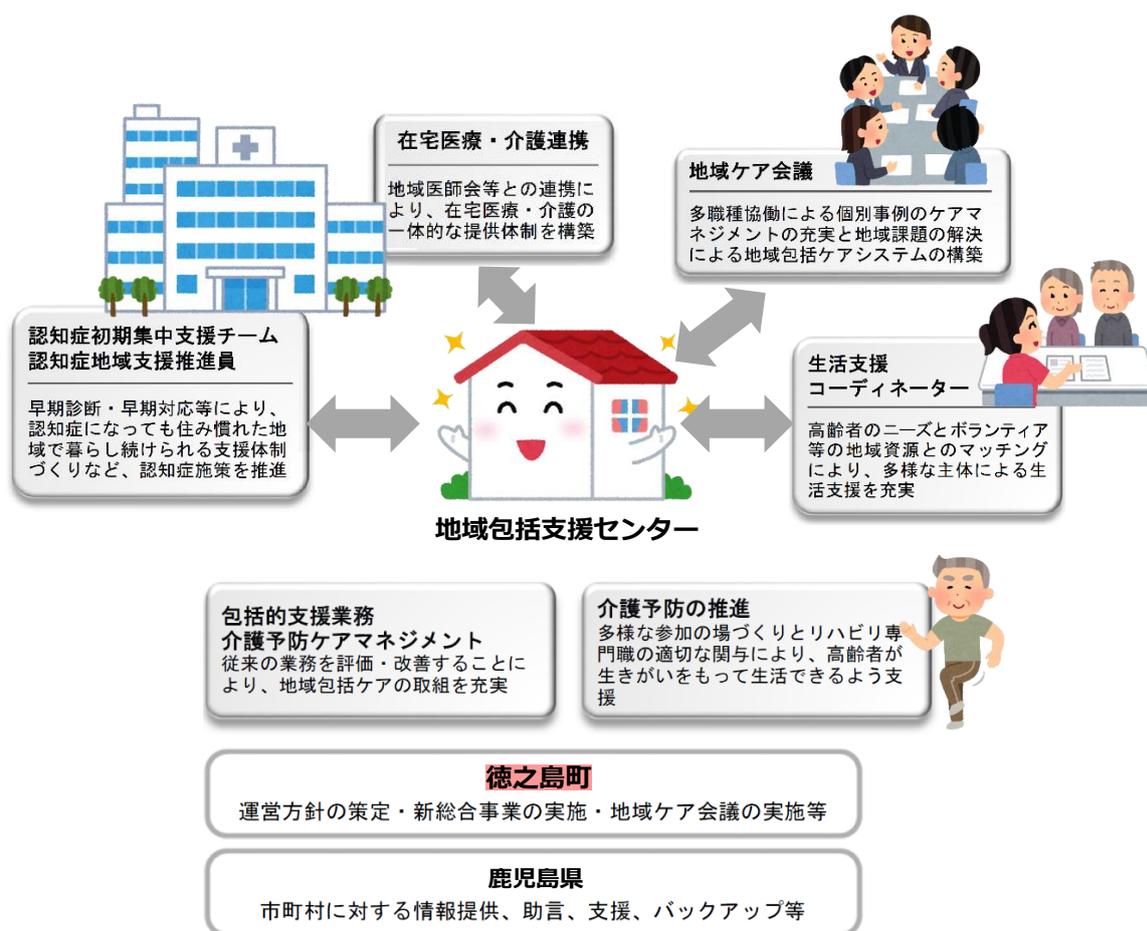
高齢者が有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の情報を取得し、利用することができるよう、県との連携に努めます。

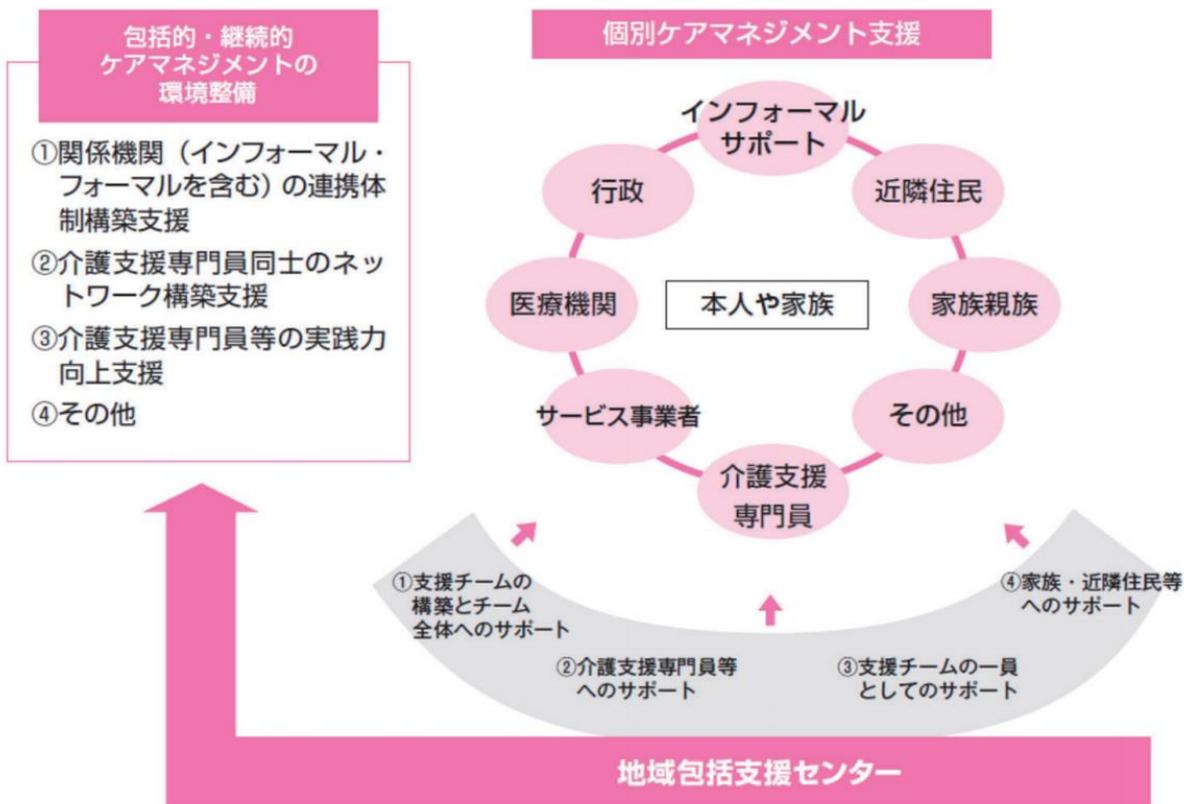
基本目標4 自らの選択のもとに、最期まで自分らしく暮らせるまち

第1節 地域包括支援センターの機能強化

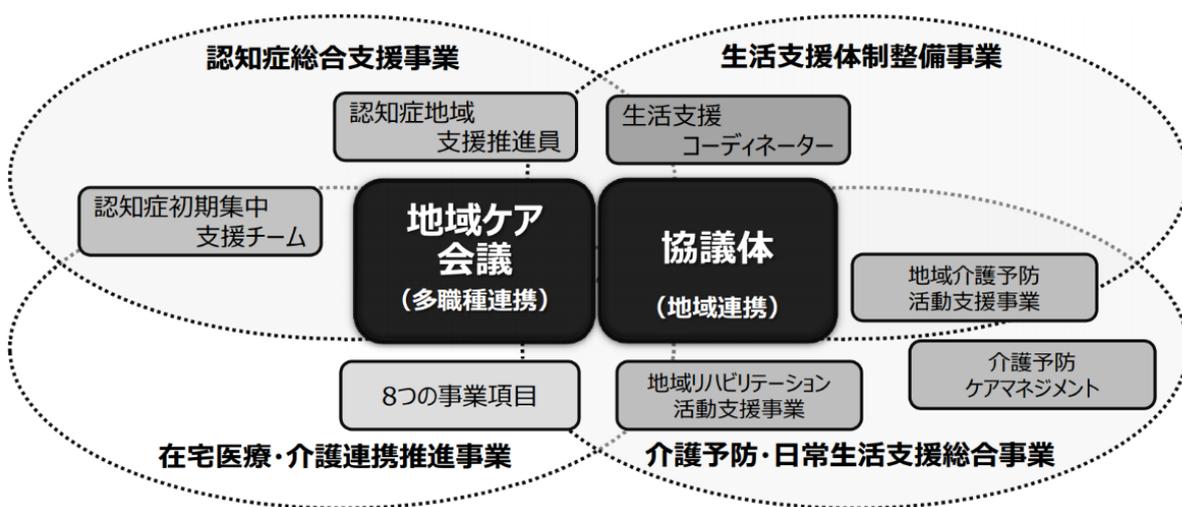
自立支援、介護予防・重度化防止等の基盤整備、在宅医療・介護連携や認知症施策等の実施を通じて、地域ケアシステムを深化・推進していく上で、その中核的な機関を担う地域包括支援センターにおいて、適切な人員の確保に努めるとともに、関係機関とのさらなる連携強化を図り、効率的かつ効果的な運営を目指します。

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

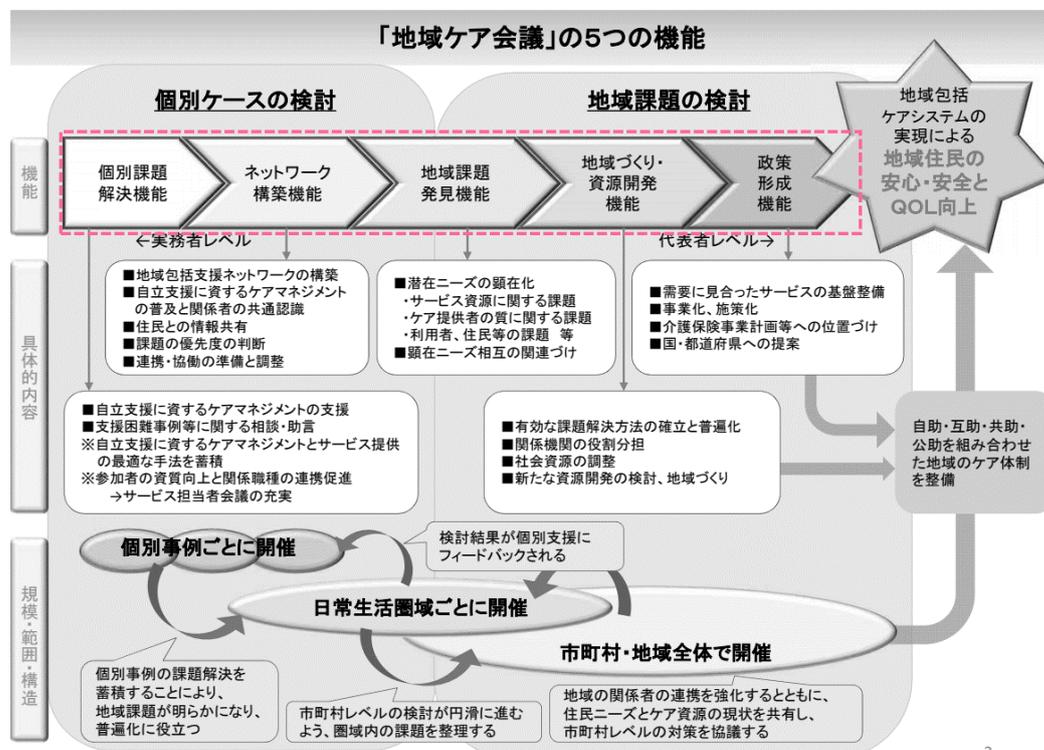
1 個別課題・地域課題の解決への取組

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見つけ、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いきます。

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めます。



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」を定期的で開催しており、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、随時開催する。	○	○	○	○	
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。随時開催。	○	○	○	○	
	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。		○	○	○	○

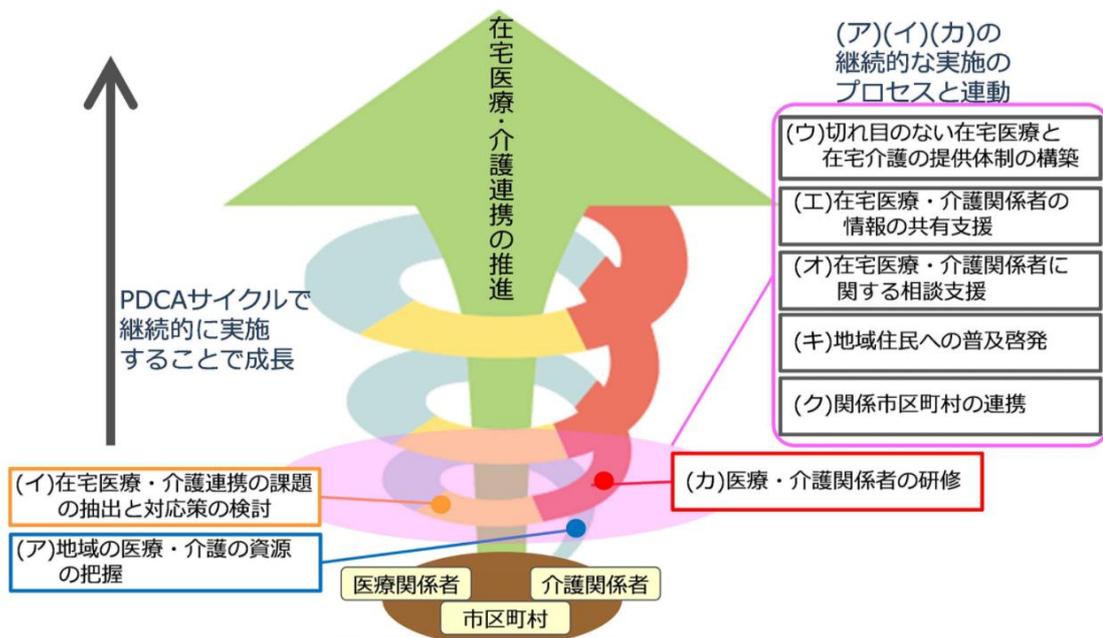
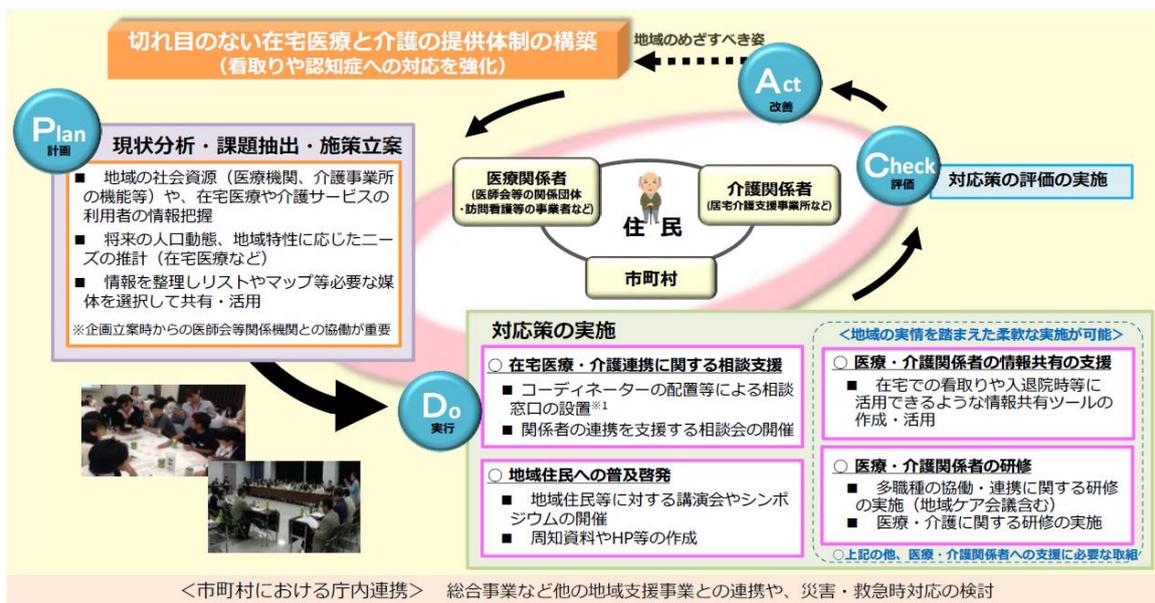
第3節 在宅医療・介護連携の推進

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が出来るよう、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。

地域包括ケアシステム構築に向けた在宅医療・介護連携推進事業の在り方



(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で開催し、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、アドバンス・ケア・プランニング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。

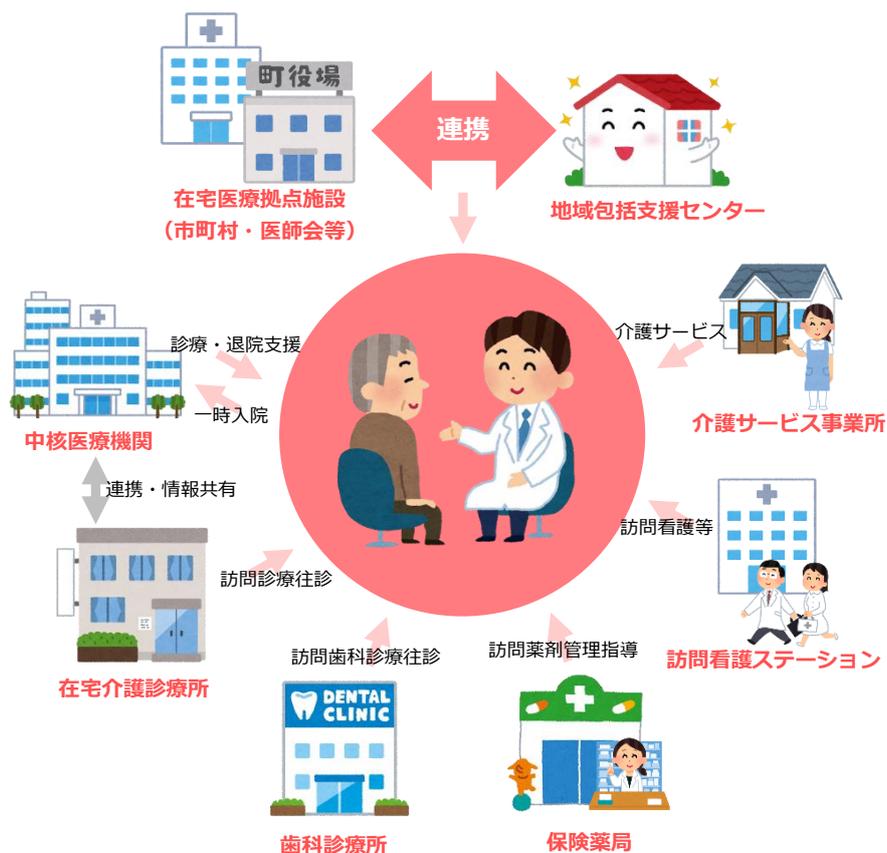
今後は、徳之島版エンディングノートの作成と普及を行っていきます。

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。

在宅医療・介護の連携体制



3 医療計画との整合性の確保

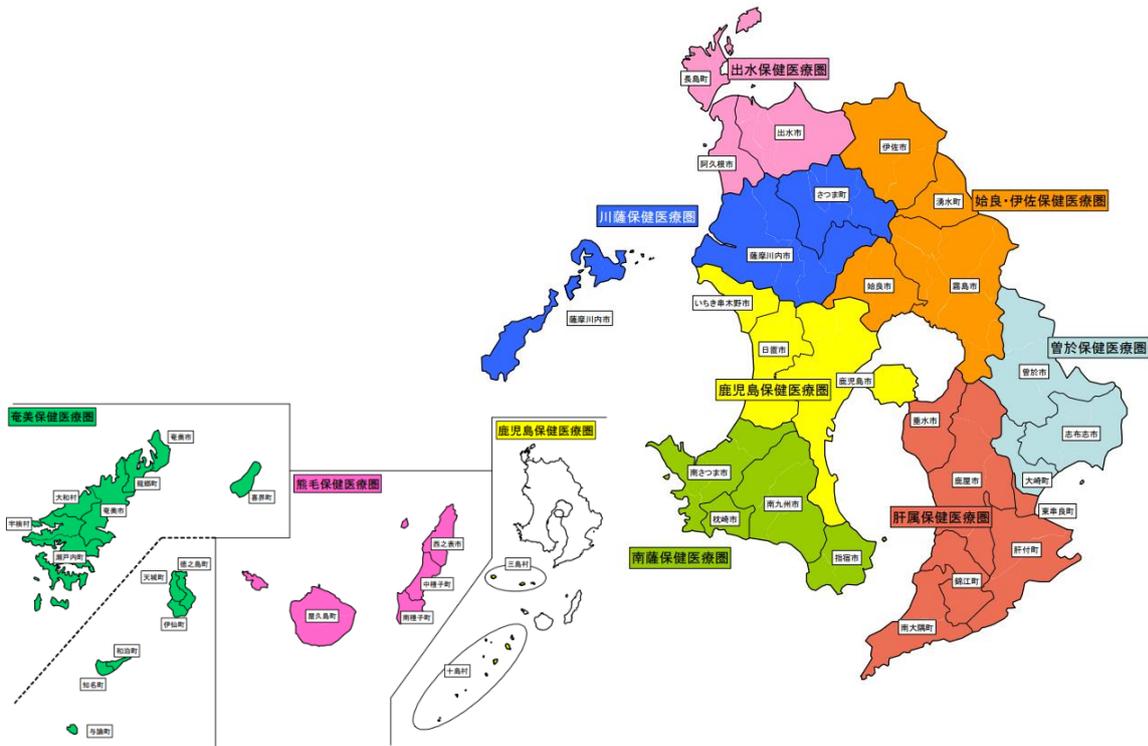
住み慣れた地域で安心して在宅療養が受けられるように、医療と介護及び在宅医療に関わる関係機関の多職種が連携し、情報の共有や切れ目のない支援を行うことができるよう、地域の現状把握や連絡調整等に努めます。

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

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するとともに、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り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めます。

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随時実施継続します。 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行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、必要に応じた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	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。 ○ 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。 ○ 縦覧点検において有効性が高い帳票 ・重複請求縦覧チェック一覧表 ・算定期間回数制限チェック一覧表 ・居宅介護支援請求におけるサービス実施状況一覧表
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	<p>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。</p>
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"> 1)通知の範囲を効果の期待できる対象者・サービスに絞る工夫 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 3)説明文書やQ&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 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 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た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
目標の設定	<p>年1回の介護給付通知を行います。</p>

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、第三者の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」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きます。
- 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。

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

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。

		実績見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	81	99	101	106
	供給量(回数/月)	1,564	1,810	1,864	1,969

② 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

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。

		実績見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	0	1	1	1
	供給量(回数/月)	0	2	2	2
予防給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0
	供給量(回数/月)	0	0	0	0

③ 訪問看護・介護予防訪問看護

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。

		実績見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	75	82	82	83
	供給量(回数/月)	151	191	191	194
予防給付	利用人数(人/月)	12	7	8	9
	供給量(回数/月)	31	19	21	23

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

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。

		実績見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	17	19	20	21
	供給量(回数/月)	162	158	158	158
予防給付	利用人数(人/月)	5	5	5	6
	供給量(回数/月)	43	44	44	53

⑤ 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

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。

居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導推計値

		実績見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	63	69	72	75
予防給付	利用人数(人/月)	5	5	4	4

⑥ 通所介護

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。

通所介護推計値

		実績見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	84	94	97	100
	供給量(回数/月)	769	818	846	875

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

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り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。

		実績見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	78	86	87	92
	供給量(回数/月)	687	780	811	823
予防給付	利用人数(人/月)	6	7	9	9

⑧ 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

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。

		実績見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	33	40	41	44
	供給量(回数/月)	263	350	357	378
予防給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0
	供給量(回数/月)	0	0	0	0

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）

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。

		実績見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	0	1	1	1
	供給量(回数/月)	0	1	1	1
予防給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0
	供給量(回数/月)	0	0	0	0

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）

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。

		実績見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0
	供給量(回数/月)	0	0	0	0
予防給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0
	供給量(回数/月)	0	0	0	0

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

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。

		実績見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0
予防給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0

⑫ 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

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。

		実績見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	131	141	144	144
予防給付	利用人数(人/月)	29	25	24	25

⑬ 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売

居宅での介護を円滑に行うことができるように、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。

		実績見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	2	2	2	2
予防給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0

⑭ 住宅改修・介護予防住宅改修

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。

		実績見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	0	1	1	1
予防給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0

⑮ 居宅介護支援・介護予防支援

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わる総合調整を行うものです。

		実績見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	204	228	231	234
予防給付	利用人数(人/月)	37	34	34	36

2 施設サービス見込量

施設サービス見込量は、平成30年度から令和2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。

① 介護老人福祉施設

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。

		見込	推計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	70	79	79	79

② 介護老人保健施設

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。

		見込	推計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	57	53	53	53

③ 介護療養型医療施設

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。

		見込	推計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0

④ 介護医療院

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。

		見込	推計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0

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、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 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

認知症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。

		見込	推計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	31	36	36	36
予防給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0

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

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。

		見込	推計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	26	25	50	50
予防給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0

③ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

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。

		見込	推計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0

④ 認知症対応型通所介護

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。

		見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	2	4	5	6
	供給量(回数/月)	20	31	32	41
予防給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0
	供給量(回数/月)	0	0	0	0

⑤ 地域密着型特定施設入居者生活介護

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

		見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	25	26	26	26

⑥ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

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。

		見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0

⑦ 地域密着型通所介護

制度改正により、定員 18 人以下の小規模通所介護事業所は、市町村が指定・監督を行う地域密着型サービスに位置付けられることになりました。

		見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0

⑧ 看護小規模多機能型居宅介護

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

		見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0

4 地域密着型サービスの整備計画

圏域ごとにバランスの取れたサービス供給体制の整備に努めるとともに、多様化する介護ニーズに対応するため、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及び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などのサービスの提供を進めることで、「介護離職者ゼロ」に向けた、介護をしながら仕事を続けることができるよう環境づくりを目指します。

なお、在宅での生活を継続できるようなケアマネジメントを基本に考えながら、要介護者状況や今後の推移、施設配置状況、在宅サービスの提供等の現状を勘案し、施設サービスとして見込まれるものを計画的に整備します。

① 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

日常生活圏域	第7期末		整備計画		第8期末	
			令和3～5年度			
	事業所数	定員(人)	事業所数	定員(人)	事業所数	定員(人)
計	2	27	1	9	3	36

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

日常生活圏域	第7期末		整備計画		第8期末	
			令和3～5年度			
	事業所数	定員(人)	事業所数	定員(人)	事業所数	定員(人)
計	1	29	1	29	2	58

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3年度	令和4年度	令和5年度
居宅サービス			
訪問介護	71,491	73,703	77,842
訪問入浴介護	273	273	273
訪問看護	10,846	10,852	11,007
訪問リハビリテーション	5,771	5,774	5,774
居宅療養管理指導	5,628	5,720	5,930
通所介護	80,527	83,856	86,867
通所リハビリテーション	93,230	97,335	102,180
短期入所生活介護	33,703	34,271	35,976
短期入所療養介護（老健）	141	141	141
短期入所療養介護（病院等）	0	0	0
短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0
福祉用具貸与	22,475	22,915	22,915
特定福祉用具販売	476	476	476
住宅改修	537	537	537
特定施設入居者生活介護	0	0	0
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
夜間対応型訪問介護	0	0	0
地域密着型通所介護	0	0	0
認知症対応型通所介護	4,846	4,768	6,403
小規模多機能型居宅介護	64,007	128,085	128,085
認知症対応型共同生活介護	106,758	106,817	106,817
地域密着型特定施設入居者生活介護	63,581	63,616	63,616
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0
介護保険施設サービス			
介護老人福祉施設	222,355	222,479	222,479
介護老人保健施設	182,678	182,779	182,779
介護医療院	0	0	0
介護療養型医療施設	0	0	0
居宅介護支援	45,189	45,802	46,400
介護サービス給付費計	1,014,512	1,090,199	1,106,497

② 介護予防サービス給付費

(単位：千円)

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護予防サービス			
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	1,065	1,169	1,273
介護予防訪問リハビリテーション	1,657	1,658	1,990
介護予防居宅療養管理指導	351	276	276
介護予防通所リハビリテーション	3,434	4,417	4,417
介護予防短期入所生活介護	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（老健）	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（病院等）	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	2,213	2,127	2,213
特定介護予防福祉用具販売	0	0	0
介護予防住宅改修	0	0	0
介護予防特定施設入居者生活介護	0	0	0
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
介護予防小規模多機能型居宅介護	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0
介護予防支援	1,748	1,748	1,851
介護予防サービス給付費計	10,468	11,395	12,020

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3年度	令和4年度	令和5年度
介護予防サービス給付費計	10,468	11,395	12,020
介護サービス給付費計	1,014,512	1,090,199	1,106,497
介護サービス給付費計	1,024,980	1,101,594	1,118,517

④ 地域支援事業費

(単位：千円)

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護予防・日常生活支援総合事業費	36,205	36,205	36,205
包括的支援事業・任意事業費	14,141	14,141	14,141
計（地域支援事業費）	50,346	50,346	50,346

6 第1号被保険者保険料の見込み

(1) 第8期事業費給付費の推計

(単位：千円)

	第8期			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	合計
標準給付費見込額(A)	1,101,125	1,177,594	1,194,799	3,473,519
介護給付費・予防給付費	1,024,980	1,101,594	1,118,517	3,245,091
特定入所者介護サービス費等給付額	48,619	48,529	48,709	145,857
高額介護サービス費等給付額	25,345	25,294	25,388	76,026
高額医療合算介護サービス費等給付額	1,279	1,277	1,281	3,837
算定対象審査支払手数料	903	901	904	2,708
地域支援事業費(B)	50,346	50,346	50,346	151,038
標準給付費＋地域支援事業費合計見込額	1,151,471	1,227,940	1,245,145	3,624,557

標準給付費＋地域支援事業費

3,624,557 千円

23%

第1号被保険者負担分相当額

833,648 千円

第1号被保険者負担分相当額	833,648 千円
＋) 調整交付金調整額	179,107 千円
＋) 調整交付金見込額	▲458,685 千円
＋) 準備基金取崩額	▲21,850 千円

保険料収納必要額 532,220 千円

保険料収納必要額

532,220 千円

保険料収納必要額	532,220 千円
÷) 予定保険料収納率	97.0%
÷) 所得段階別加入割合補正後被保険者数	8,165 人
÷) 12 か月	

＝ 標準月額：5,600 円

※準備基金取崩額による影響額 (230 円)

※第7期標準月額 5,600 円

(2) 所得段階区分及び第8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)	2,800円 (1,680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)	3,920円 (2,800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)	4,200円 (3,920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	5,040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	5,600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	6,720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	7,280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	8,400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	9,520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8期における所得段階別の高齢者数の見込み

段階	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
第1段階	1,599	46.0%	1,608	46.0%	1,614	46.0%
第2段階	448	12.9%	450	12.9%	452	12.9%
第3段階	270	7.8%	272	7.8%	273	7.8%
第4段階	203	5.8%	204	5.8%	205	5.8%
第5段階	153	4.4%	154	4.4%	155	4.4%
第6段階	444	12.8%	446	12.8%	448	12.8%
第7段階	238	6.8%	239	6.8%	240	6.8%
第8段階	58	1.7%	59	1.7%	59	1.7%
第9段階	62	1.8%	62	1.8%	62	1.8%
計	3,475	100.0%	3,494	100.0%	3,508	100.0%

(3) 令和7年度の保険料等の見通し

区分	令和7年度
標準給付費見込額(A)	2,871,241,352
地域支援事業費(B)	124,835,840
第1号被保険者負担分相当額(D)	701,082,063
保険料収納必要額(L)	615,681,852
予定保険料収納率	98.20%
保険料の基準額(月額)	6,900円

(4) 財源構成

