

# 阿蘇市高齢者いきいきプラン

令和6年度～令和8年度（第9期）

## 【素案】

### ご注意

この資料は、現時点における暫定的なもので、今後の国の動向や指導、社会保障審議会における協議等により変更することがあります。また、介護サービス量や事業費の見込み、保険料の算出については、これらを踏まえて今後、決定してまいります。

令和 年 月

阿 蘇 市

# 総論

# 第1章 計画策定にあたって

## 第1節 計画の背景・趣旨

2000年(平成12年)にスタートした介護保険制度は、3年を1期とした第8期24年が経過しました。その間、年金や医療、介護・障がい福祉といった社会保障給付費は上昇し続け、第9期計画の期間中である2025年(令和7年)には「団塊の世代」の方が75歳以上となり、介護や医療のニーズがより高まることが予想されています。

さらに人口推移をみると、すでに生産年齢人口の減少がはじまっており、2040年(令和22年)には現在、「団塊ジュニア」と呼ばれる50歳前後の方が65歳以上となり、高齢者人口がピークを迎えます。

そのため国は、「介護サービス基盤の計画的な整備」、「地域包括ケアシステム<sup>1</sup>の深化・推進に向けた取組」、「地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上」を第9期計画の基本指針のポイントとして、計画への記載の充実を求めています。

また、その達成の評価とマネジメント責任として、保険者機能強化推進交付金制度<sup>2</sup>に基づき、市町村に自己評価を求めるなど保険者としての地域マネジメント<sup>3</sup>のための具体的なツールを導入しています。

本市においては、「団塊の世代」が75歳以上の後期高齢者になることで、介護サービス等の需要が大幅に拡大するイメージではなく、第9期計画の期間中に高齢者人口が減少局面に入りはじめます。

そのため本市では、第7期計画時に「団塊の世代」が後期高齢者となる2025年(令和7年)を見据え、本市独自の地域包括ケアシステムの早期実現に向けて「在宅医療・介護連携の推進」、「介護予防・日常生活支援総合事業<sup>4</sup>」に取り組み、地域包括ケアシステムのさらなる深化と推進を行ってきました。

今後、高齢者人口の減少によるサービス需要の減少と生産年齢人口減少によって、介護人材不足によるサービス提供体制の縮小に対し、公的サービスだけでは支援を要する高齢者を支えきれなくなる可能性があるため、高齢者福祉サービスの整備(公助)を検討しつつ、多くの高齢者が健康で仕事や地域の中での活動などで役割を担いながら活躍できる取組(自助・互助)の充実を図ることが重要です。

また、医療や介護が必要になっても、安心して地域で暮らし続けるためには、介護保険法の理念を踏まえ、高齢者の自立支援や要介護度・認知症等の重度化防止、医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、介護予防、生活支援サービスの担い手づくり、介護人材の確保といった課題に対応することが求められます。

このようなことから、本市では、高齢者の尊厳を保持した自立支援や重度化防止の取組を推進し、高齢者が安心して地域で暮らし続けることができるよう、高齢者の暮らしに応じた3つの基本目標を設定した「阿蘇市高齢者いきいきプラン 令和6年度～令和8年度(第9期)」を策定し、地域や関係機関との連携により、本計画の目指す姿の実現に向けて取り組みます。

<sup>1</sup> 地域包括ケアシステム：高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供される体制。

<sup>2</sup> 保険者機能強化推進交付金制度：PDCAサイクルによる取組の一環で、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さまざま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、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を支援する交付金制度。

<sup>3</sup> 地域マネジメント：地域の実態把握・課題分析を通じて、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返すことにより、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組。

<sup>4</sup> 介護予防・日常生活支援総合事業：要支援者等に対して必要な支援を行う「介護予防・生活支援サービス事業」と、住民主体の介護予防活動の育成及び支援等を行う「一般介護予防事業」からなる。単に「総合事業」ともいう。

## 第2節 計画策定に向けた主な取組

### 1 計画策定に関する協議

本計画を策定するため、医療・保健・福祉関係者、学識経験者、地域団体関係者等で構成する「阿蘇市介護保険事業計画等推進委員会」を設置し、計画策定に関する協議を行いました。

### 2 アンケート調査による実態の把握

計画策定にあたり、一般高齢者（要支援・要介護認定者、事業対象者<sup>5</sup>を除く65歳以上の高齢者）や要介護認定者（要介護1～5）、その介護者の実態を把握し、中期的な介護ニーズの見通し等について、地域の関係者等と共有し、サービス基盤の整備の在り方を議論するために、以下のアンケート調査を行いました。

#### (1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

一般高齢者、事業対象者、要支援認定者（要支援1・2）を対象として、生活実態や社会参加の状況等さまざまなニーズなどを把握する。

#### (2) 在宅介護実態調査

在宅で介護を受けている高齢者を対象として、本人の生活実態や家族の就労状況、施設入所のニーズなどを把握する。

#### (3) 介護人材実態調査

市内の介護サービス事業所や介護保険施設を対象として、介護人材の実態を把握する。

#### (4) 居所変更実態調査

施設・居住系サービスから居所を変更した方の人数や行先、その理由などを把握する。

#### (5) 在宅生活改善調査

在宅の高齢者で現在のサービス利用では生活の維持が難しくなっている方の人数やその理由、生活の改善のために必要な支援・サービスなどを把握する。

### 3 地域包括ケア「見える化」システムを活用した地域分析

国が都道府県や市町村における計画の策定・実行を総合的に支援するために構築した地域包括ケア「見える化」システム<sup>6</sup>を活用し、地域間比較等による現状分析を行いました。

### 4 パブリックコメントの実施

計画素案に対する市民等の意見を募集するため、パブリックコメントを行いました。

<sup>5</sup> 事業対象者：基本チェックリスト（高齢者が自身で生活機能に低下があるかどうかをチェックする質問リスト）を用いた簡易な形で介護予防・生活支援サービス事業の対象となった高齢者。

<sup>6</sup> 地域包括ケア「見える化」システム：都道府県・市町村における計画策定・実行を支えるために「介護・医療の現状分析・課題抽出支援」「課題解決のための取組事例の共有・施策検討支援」「介護サービス見込み量等の将来推計支援」「介護・医療関連計画の実行管理支援」の機能を提供する。

## 第3節 国の動向や計画策定に向けた地域特性の把握

### 1 高齢者支援に関する国の主な動向

国は、第9期計画の策定に向けた基本方針として、社会福祉制度改革と介護保険制度改革の2つの大きな改革を軸とした「地域共生社会の実現と2040年への備え」を掲げています。

そのうち介護保険制度改革の中では、3つの柱とその基盤となる「保険者機能の強化」、「データ利活用のためのICT<sup>7</sup>基盤整備」を目指しています。

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



※厚生労働省「介護保険法と「地域共生社会」「地域包括ケア」の位置づけについて（補足資料）」（令和4年11月24日）より抜粋

<sup>7</sup> ICT：「Information and Communication Technology（情報通信技術）」の略で、通信技術を活用したコミュニケーションを指す。情報処理だけではなく、インターネットのような通信技術を利用した産業やサービスなどの総称をいう。

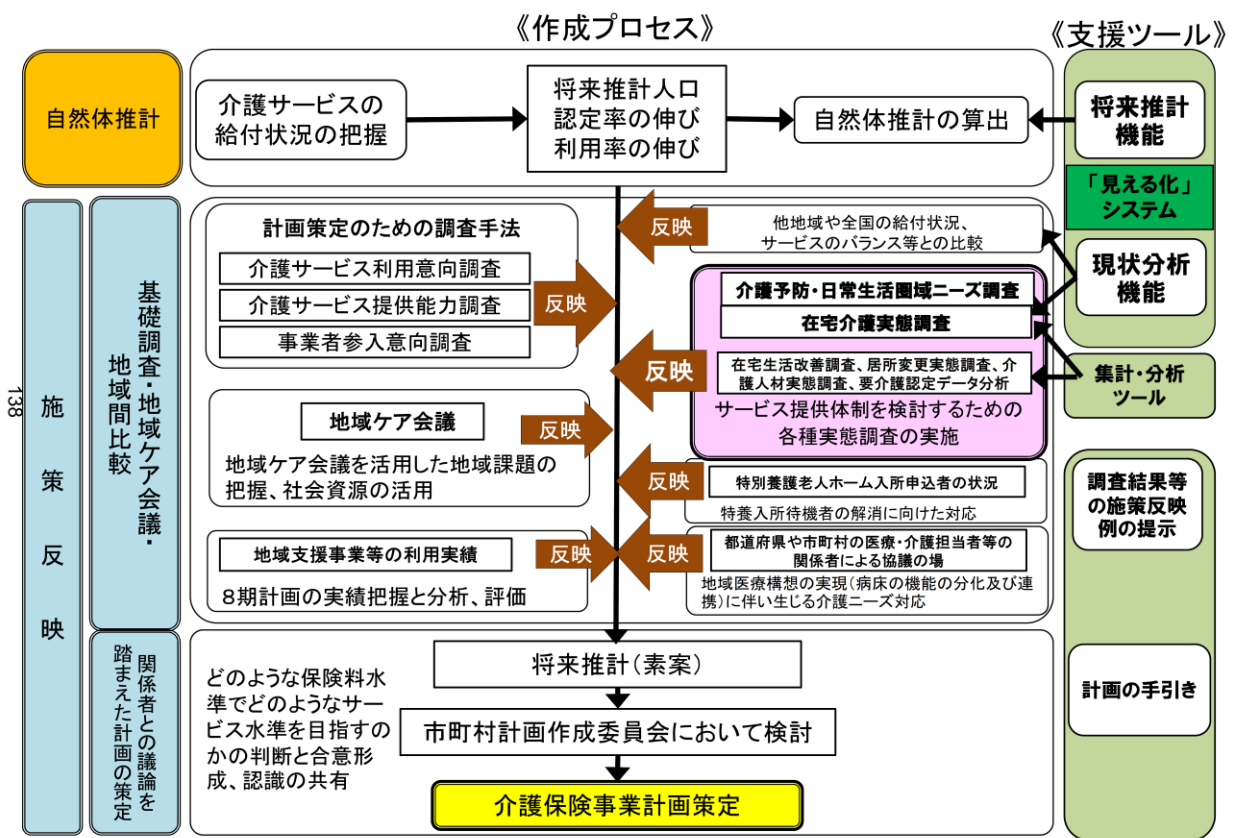
## 2 計画策定に向けた地域特性の把握

高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに制度の持続可能性を維持するためには、保険者として地域の課題を分析し、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組を進める必要があります。

そのため介護予防・日常生活圏域ニーズ調査や在宅介護実態調査などにおける高齢者の生活実態及びニーズの把握や地域包括ケア「見える化」システムにおける地域間比較による地域特性の把握、地域ケア会議<sup>8</sup>、協議体<sup>9</sup>など地域から課題や特徴を抽出し、さまざまな角度からの視点による地域特性の把握を行います。

同時に2025年(令和7年)までに達成すべき地域包括ケアシステム構築の姿と目指す目標、さらに2040年(令和22年)に向けた本市の状況を見据えた地域包括ケアシステムのあり方について検討します。

第9期介護保険事業計画の作成プロセスと支援ツールイメージ 参考資料4



※厚生労働省「全国介護保険担当課長会議資料」(令和5年7月31日)より抜粋

<sup>8</sup> 地域ケア会議：介護支援専門員（ケアマネジャー）、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体により構成される会議。

<sup>9</sup> 協議体：市が主体となり、生活支援コーディネーターと生活支援・介護予防サービスの提供主体等が参画し、地域のニーズの発掘や多様な主体への働きかけ、関係者との連携、担い手育成やサービス開発等、市全体の課題を検討する。

## 第4節 計画の位置づけ

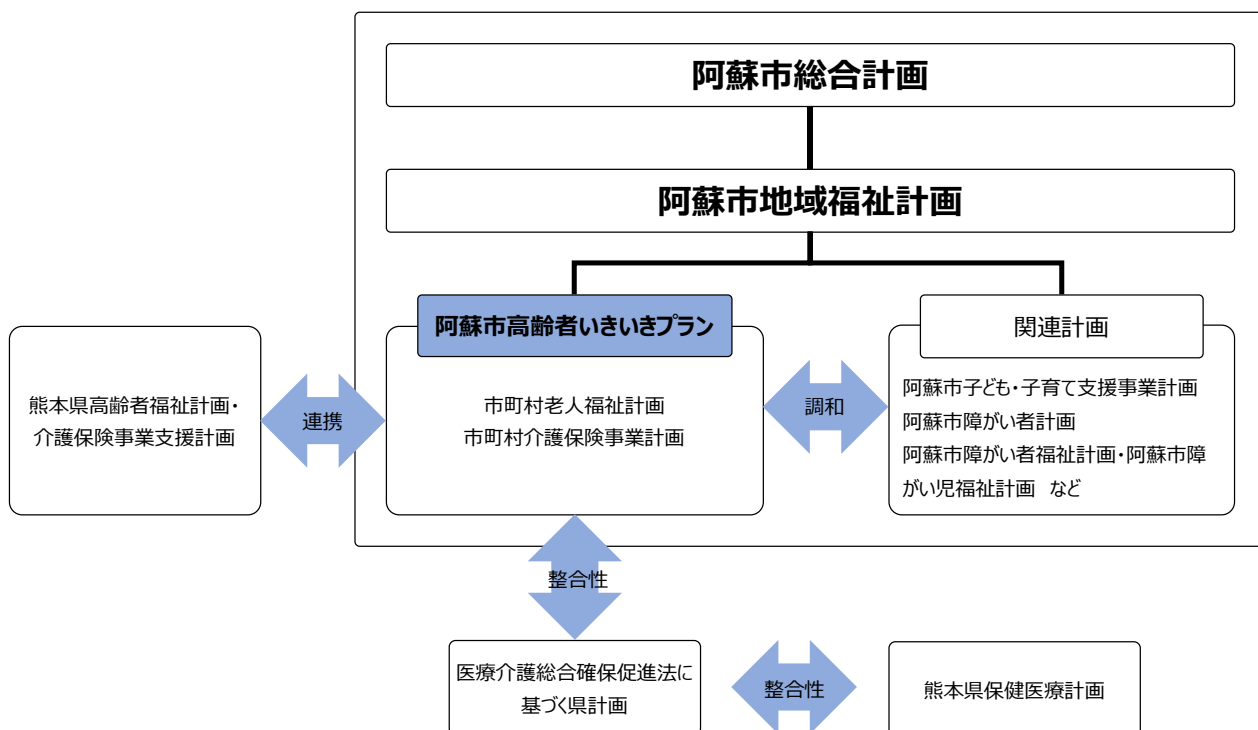
### 1 計画の性格・法的根拠

本計画は、老人福祉法第20条の8第1項に定める市町村老人福祉計画及び介護保険法第117条第1項に定める市町村介護保険事業計画として策定するものであり、2021年（令和3年）3月に策定した「阿蘇市高齢者いきいきプラン」を見直したものです。

### 2 計画の位置づけ

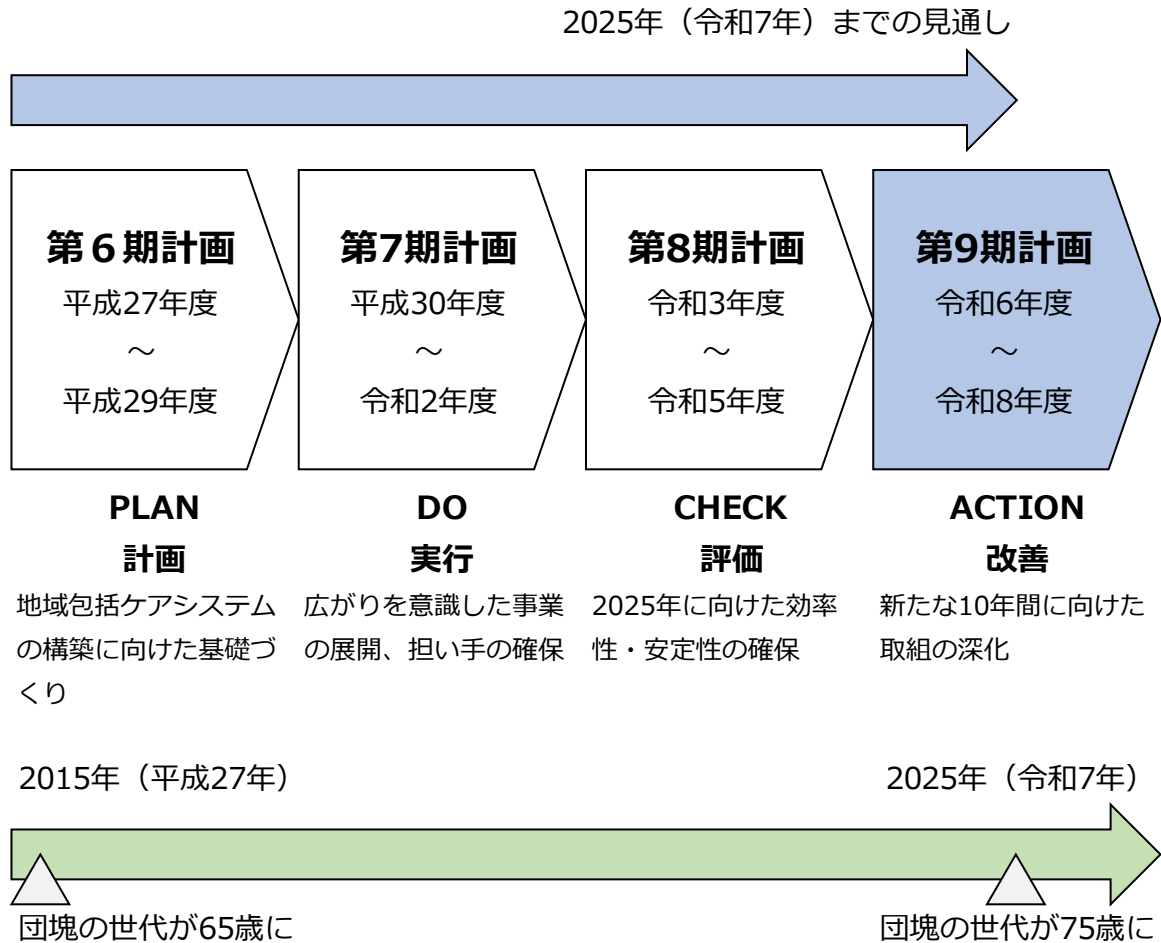
本計画は、総合計画をはじめ、地域福祉計画や各種個別事業計画と調和のとれたものとしします。

また、熊本県が策定する高齢者福祉計画や介護保険事業支援計画、保健医療計画、地域医療構想などと連携、整合性を図りながら策定します。



### 3 計画期間

団塊の世代が75歳以上となる2025年（令和7年）に地域包括ケアシステムを構築していくための10年間の計画という位置づけを継承しつつ、この計画は、2024年度（令和6年度）から2026年度（令和8年度）までの3年間を計画期間とします。





#### 4 日常生活圏域の設定

介護保険制度においては、市町村全体を単位として、個々の施設を整備する「点の整備」ではなく、身近な生活圏域にさまざまなサービス拠点が連携する「面の整備」が求められています。

日常生活圏域は、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、公的介護施設等の整備状況、その他の条件を総合的に勘案して定める必要があります。

本市においては、これまで5つの日常生活圏域を設定し、地域密着型サービスを中心とした介護基盤の整備に取り組んできました。

本計画期間における日常生活圏域についても、これまでと同様に5つの日常生活圏域を設定し、地域包括ケアシステムの構築を図ります。

##### 【日常生活圏域の設定】



##### 【日常生活圏域の概要】

	人口 (人)	面積 (km <sup>2</sup> )	人口密度 (人/km <sup>2</sup> )	0~64歳 (人)	65歳以上		高齢化率	
					(人)	65~74歳		75歳以上
一の宮圏域	8,760	106.100	82.6	5,508	3,252	1,501	1,751	37.1%
山田・内牧圏域	6,336	81.825	77.4	3,767	2,569	1,141	1,428	40.5%
碧水・乙姫圏域	5,317	45.246	117.5	3,132	2,185	966	1,219	41.1%
尾ヶ石・阿蘇西圏域	2,993	71.381	41.9	1,776	1,197	518	679	40.3%
波野圏域	1,231	71.244	17.3	663	568	240	328	46.1%
合計	24,637	376.300	65.5	14,846	9,771	4,366	5,405	39.7%

※令和5年10月住民基本台帳、境界未定により各圏域の面積の計と合計は一致しない

## 第2章 高齢者を取り巻く現状と課題

### 第1節 人口と高齢者の現状

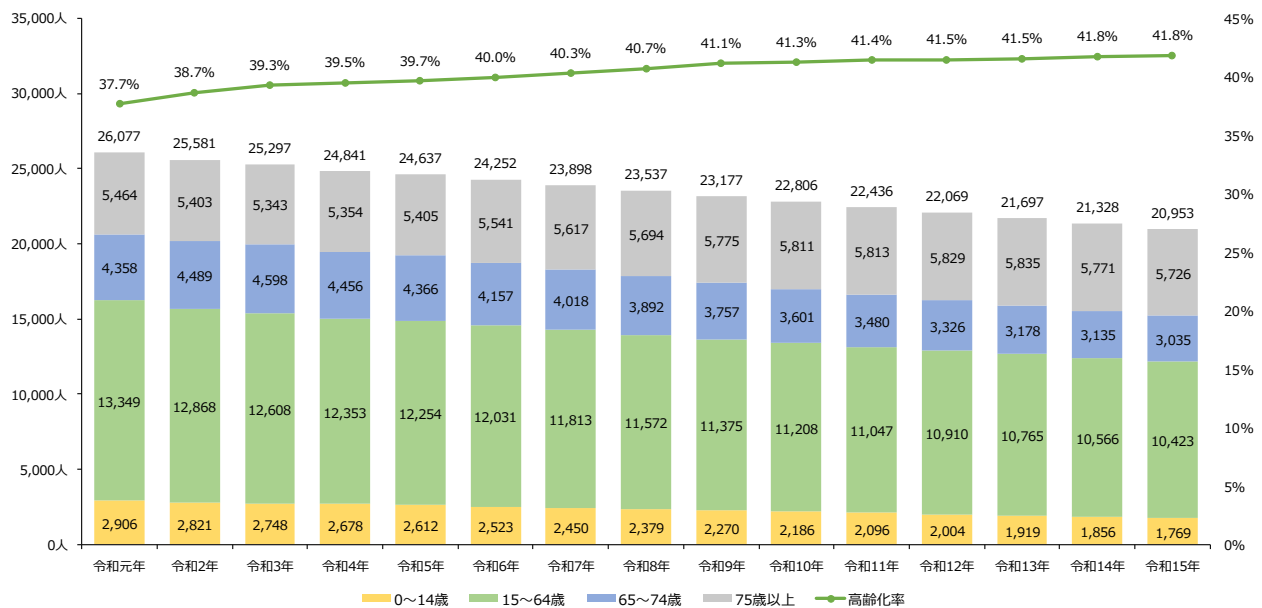
#### 1 総人口の推移

本市の総人口は、2019年（令和元年）の26,077人から2023年（令和5年）には24,637人となり1,440人減少しています。さらに第9期計画の期間中には1,100人減少し、2027年（令和9年）以降も減少することが予測されます。

また、高齢化率は、2019年（令和元年）の37.7%から2023年（令和5年）には39.7%となり、2.0%上昇しています。本市では、高齢者人口も2021年（令和3年）をピークにすでに減少に転じていますが、総人口の減少に伴い、高齢化率はさらに上昇することが予測されます。

本計画では、3年間の介護保険料の試算を行います。その試算精度を最大限まで高めるためには、阿蘇市人口ビジョンによる国勢調査を基にした推計人口ではなく、住民基本台帳人口を基にコーホート変化率法<sup>10</sup>を用いた推計人口が重要です。そのため、本計画策定にあたっては、独自に推計人口を算出しています。

【総人口と高齢者人口の推移】



※令和元年から令和5年までは各年10月住民基本台帳、令和6年以降はコーホート変化率法による推計

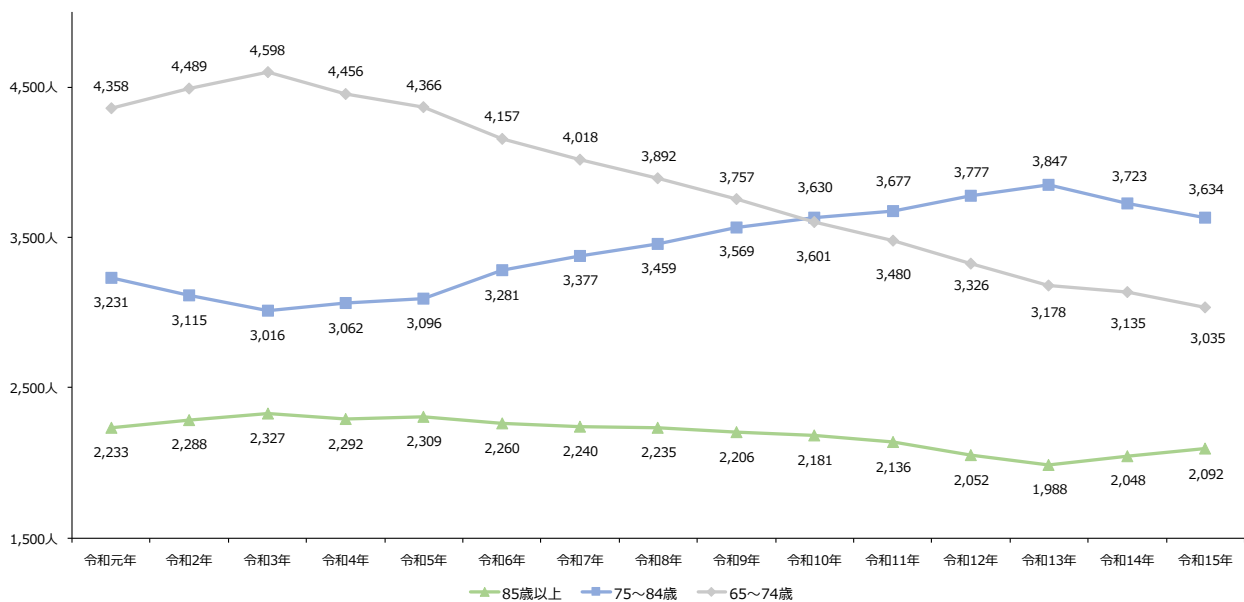
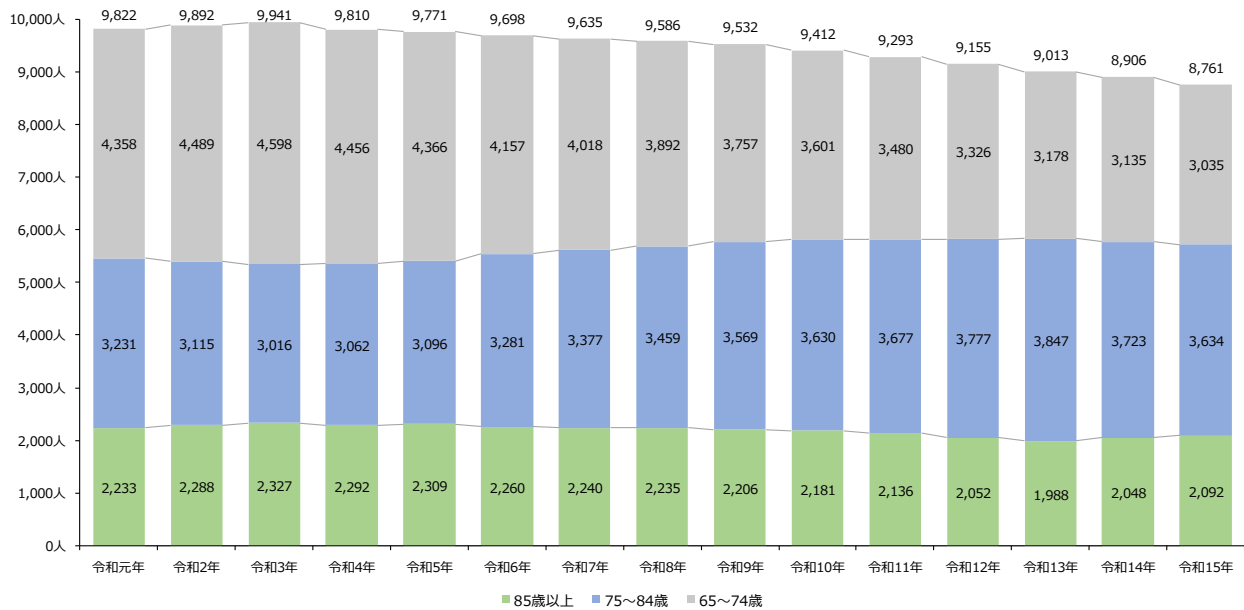
<sup>10</sup> コーホート変化率法：各コーホート（同じ年（又は同じ期間）に生まれた人々の集団）について、過去における実績人口の動勢から「変化率」を求め、それに基づき将来人口を推計する方法。

## 2 高齢者人口の推移と予測

本市の高齢者人口は、2018年（平成30年）の9,785人から2022年（令和4年）に9,810人となっており、25人の増加となっています。今後は、2021年（令和3年）の9,941人をピークに減少に推移すると推計されます。年齢区分ごとにみると、75歳～84歳は2022年（令和4年）以降大きく増加し、85歳以上の人口はほぼ横ばいに推移することから、75歳以上の後期高齢者の人口は増加する見込みです。

第1号被保険者が減少に転じ、要介護リスクが高まる75歳以上の人口が増加を続けることから、今後は、介護予防、自立支援・重度化防止の取組の推進による健康寿命延伸<sup>11</sup>及び介護給付費適正化の必要性がますます高まります。

### (1) 市全体の高齢者人口の推移と予測

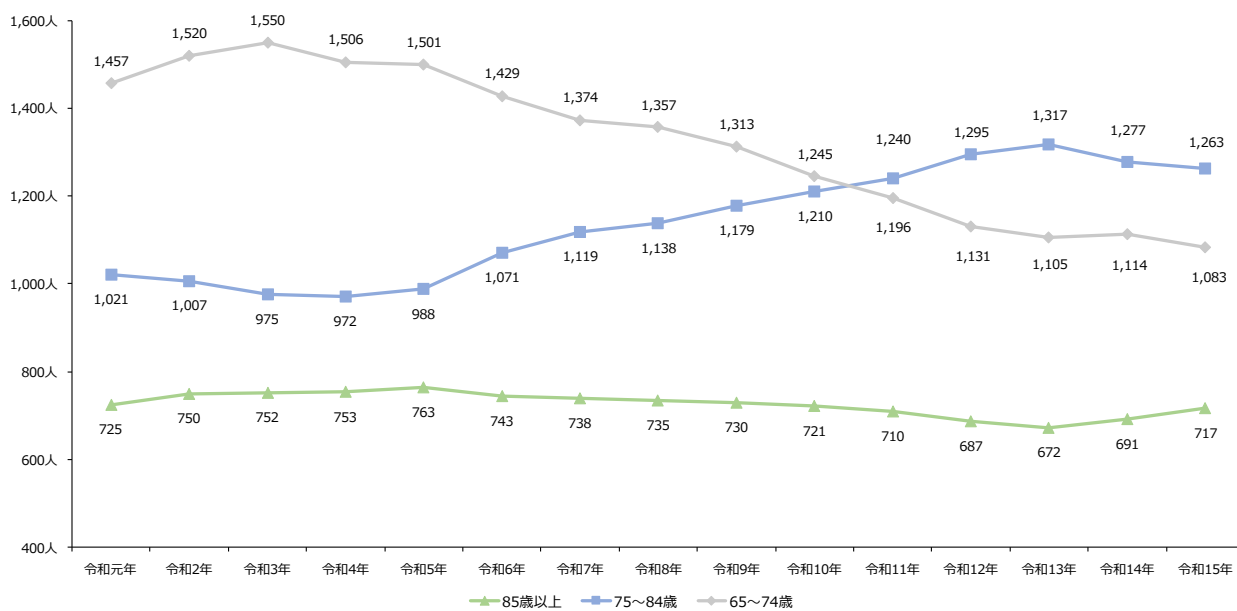
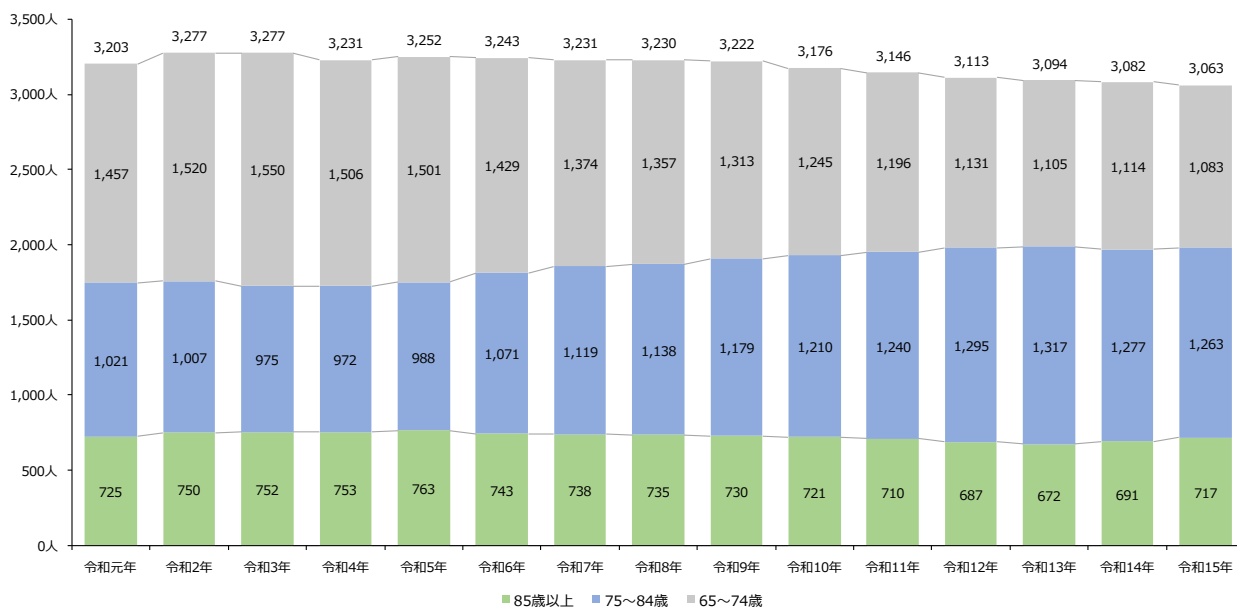


※令和元年から令和5年までは各年10月住民基本台帳、令和6年以降はコーホート変化率法による推計

<sup>11</sup> 健康寿命延伸：生涯にわたり健康でいきいきと生活するためには、健康な状態でいられる期間を延ばし、できるだけ健康ではない状態の期間を短くすること。

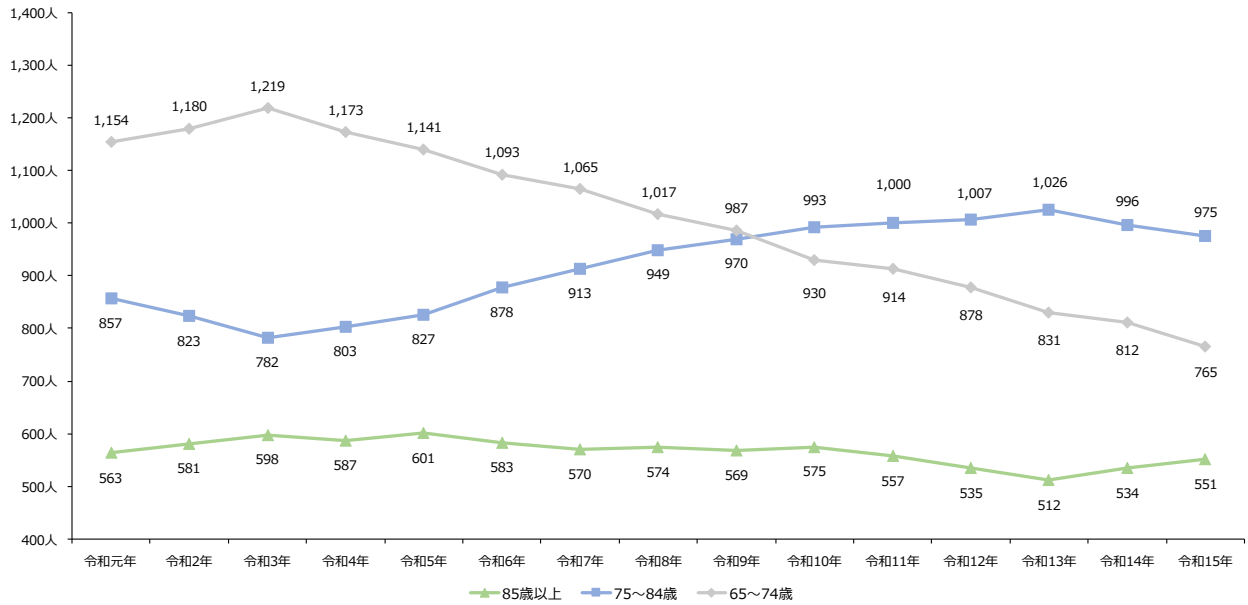
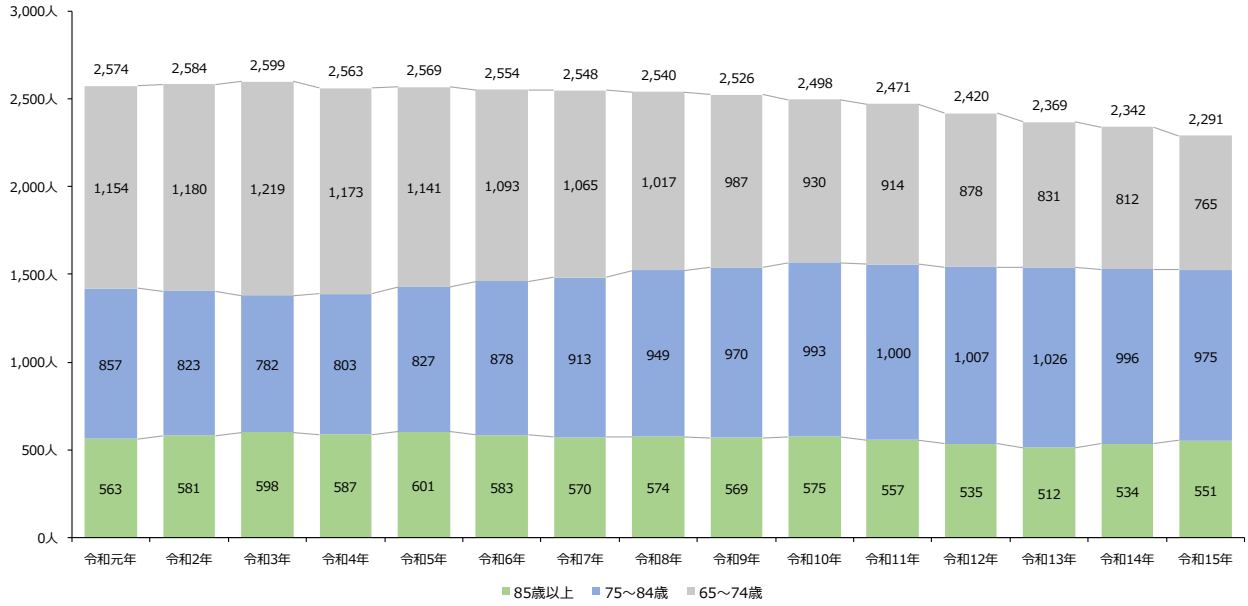
## (2) 圏域別の高齢者人口の推移と予測

### ア 一の宮圏域



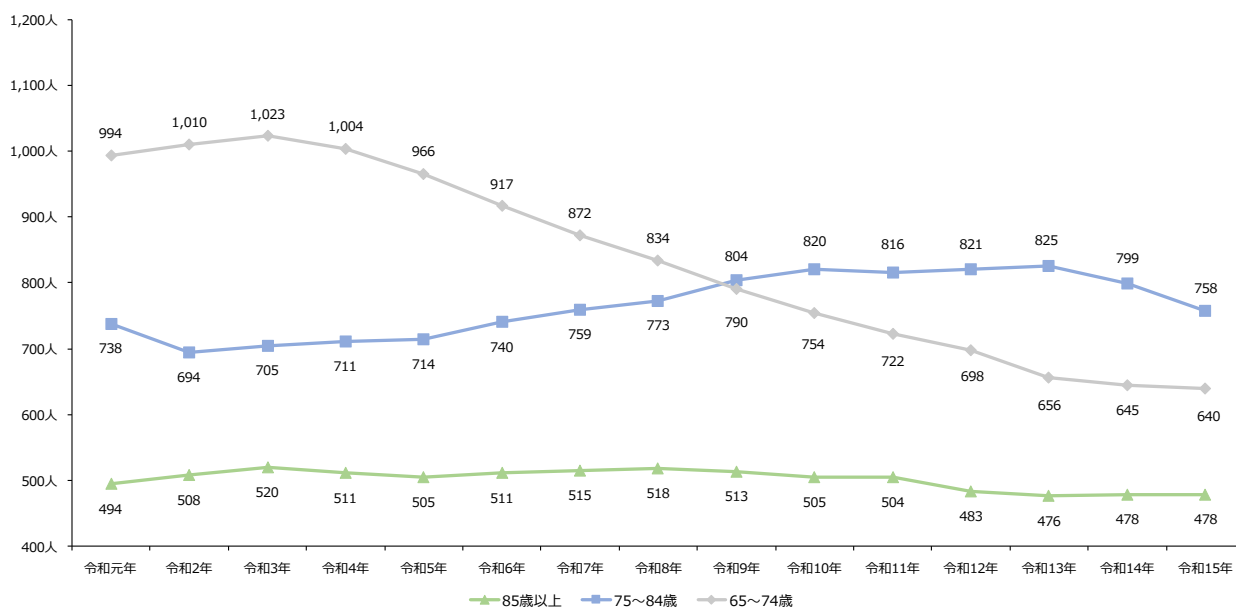
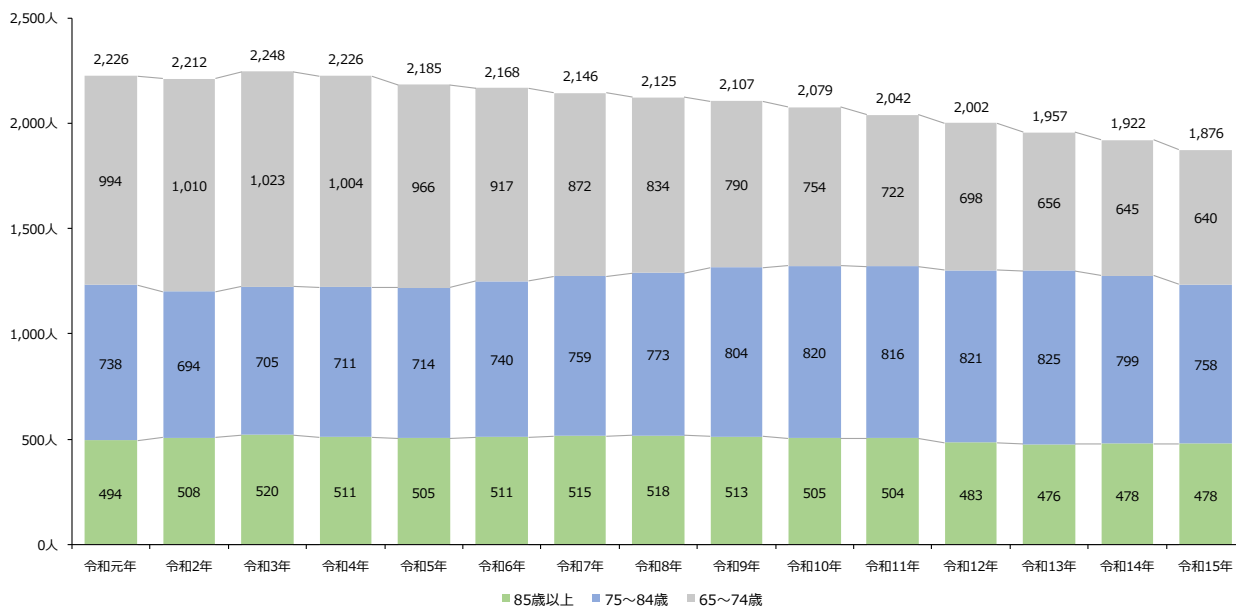
※令和元年から令和5年までは各年10月住民基本台帳、令和6年以降はコーホート変化率法による推計

## イ 山田・内牧圏域



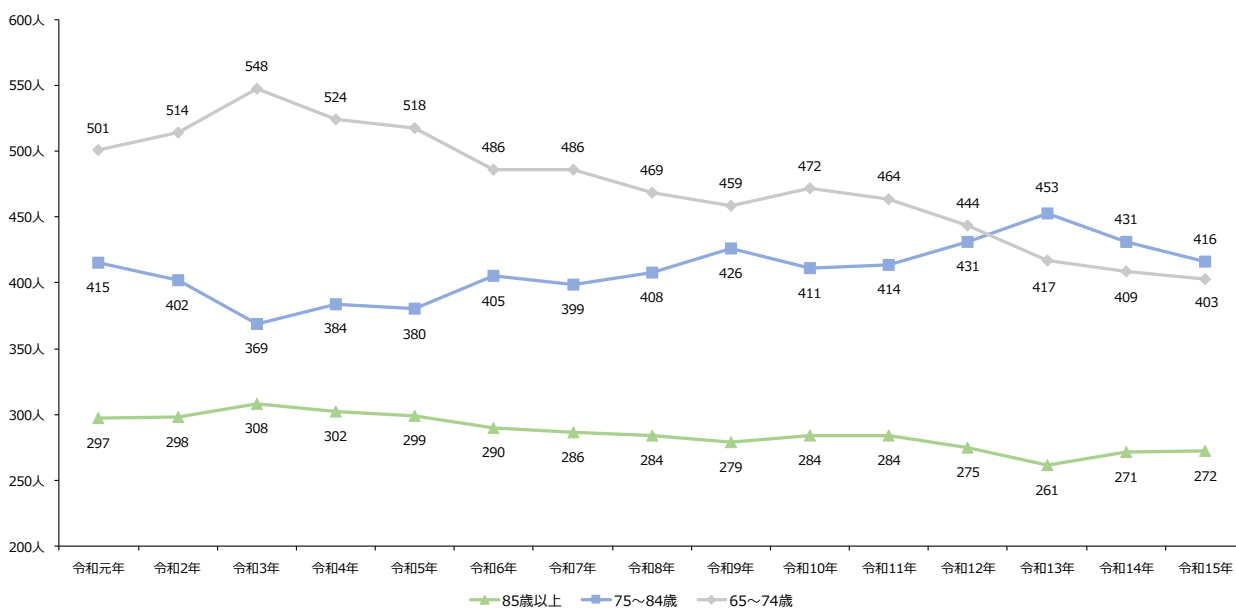
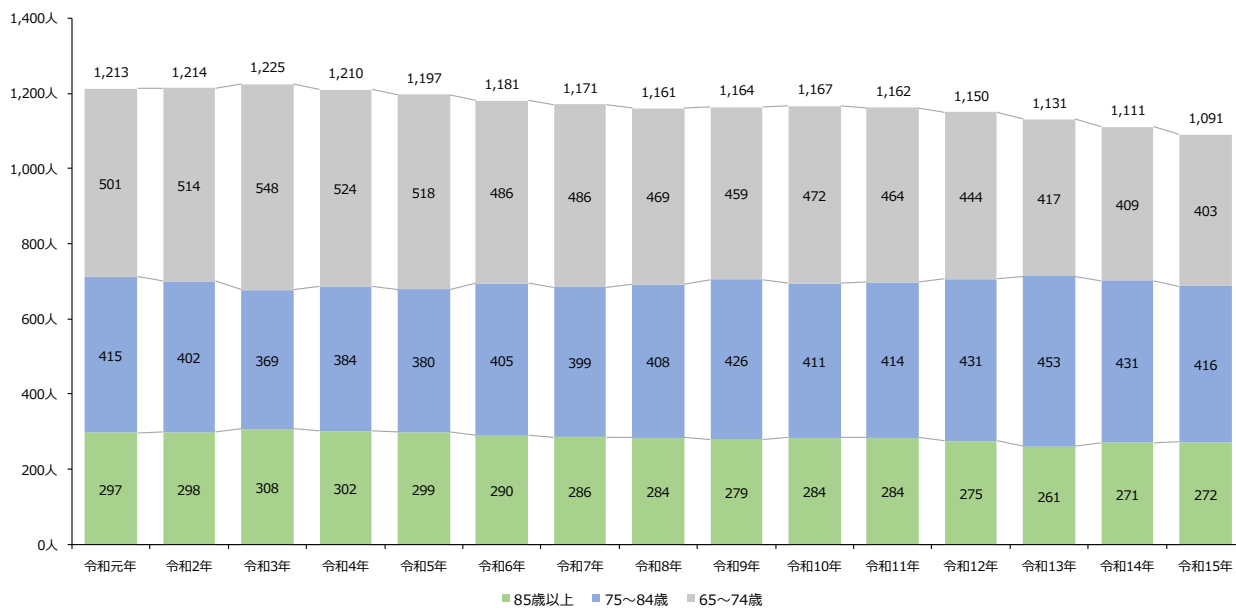
※令和元年から令和5年までは各年10月住民基本台帳、令和6年以降はコーホート変化率法による推計

## ウ 碧水・乙姫圏域



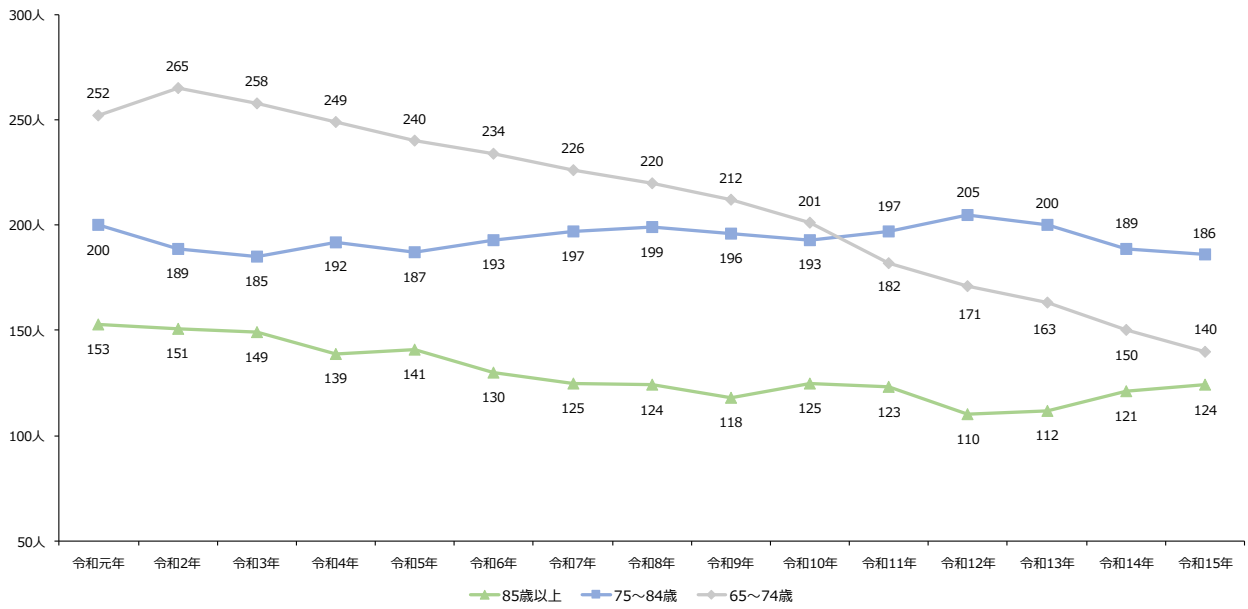
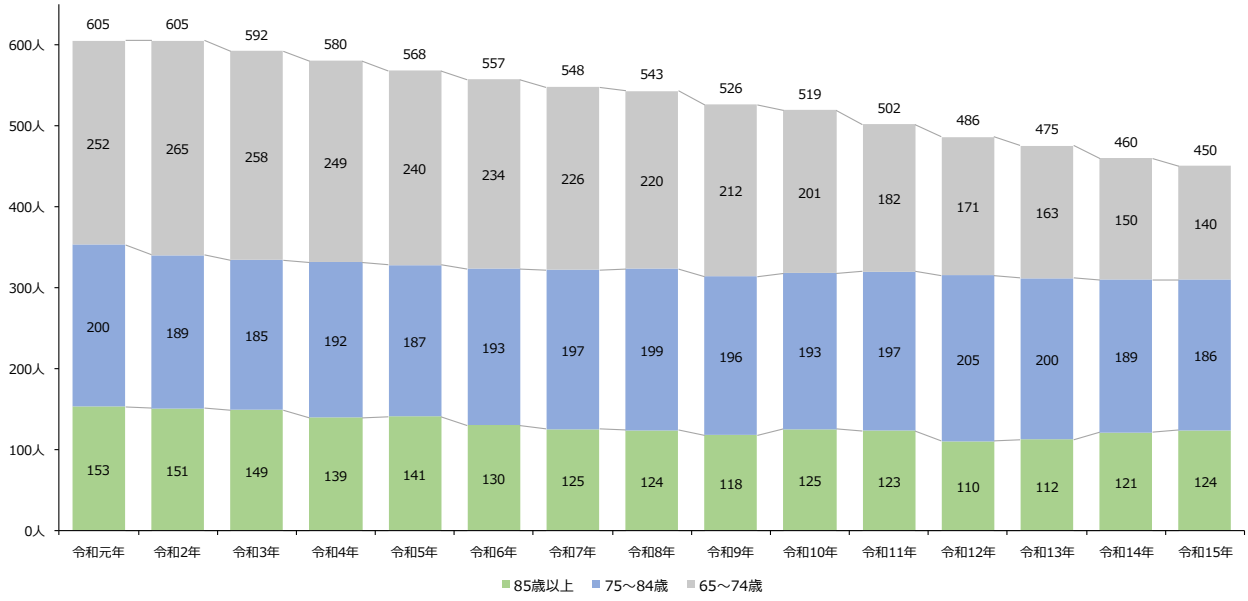
※令和元年から令和5年までは各年10月住民基本台帳、令和6年以降はコーホート変化率法による推計

## 工 尾ヶ石・阿蘇西圏域



※令和元年から令和5年までは各年10月住民基本台帳、令和6年以降はコーホート変化率法による推計

# 才 波野圏域



※令和元年から令和5年までは各年10月住民基本台帳、令和6年以降はコーホート変化率法による推計



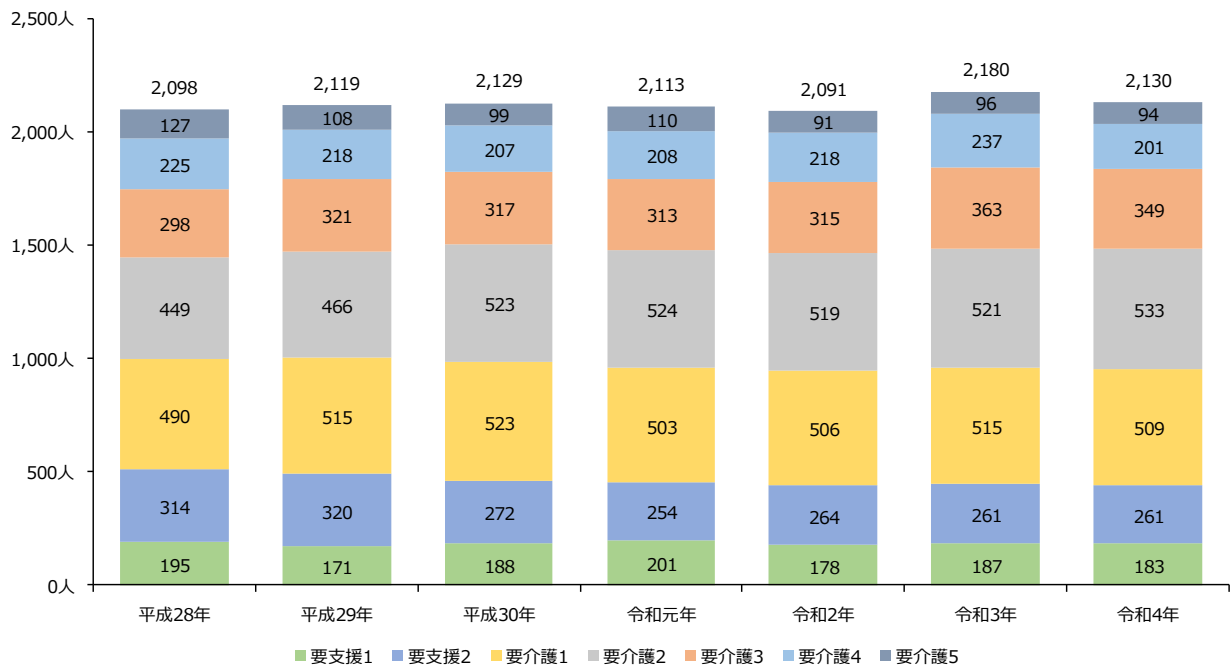
### 3 要支援・要介護認定者数の推移

要支援・要介護認定者数は、2016年度（平成28年度）の2,098人から2022年度（令和4年度）の2,130人までほぼ横ばいに推移しています。

本市の認定率は、2022年度（令和4年度）が21.8%で、全国平均19.0%、県平均19.6%と比較すると高くなっています。

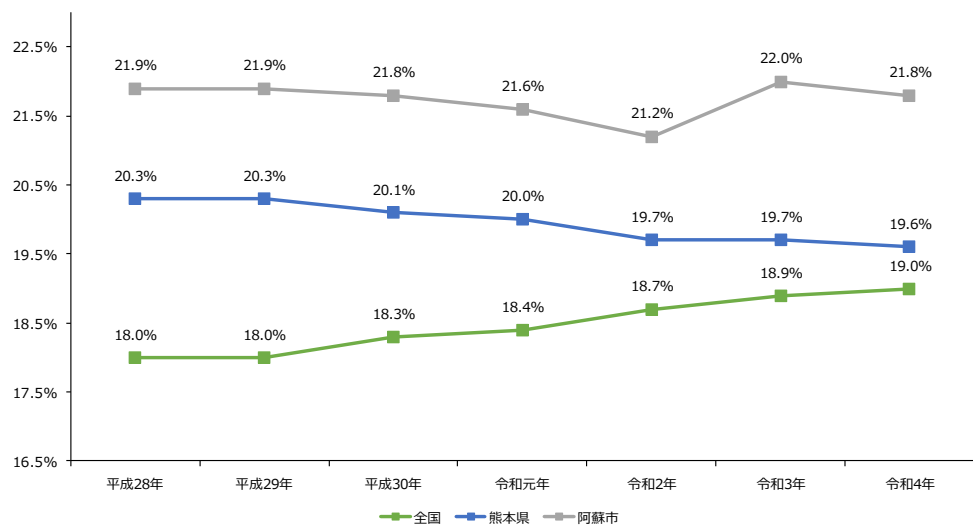
介護予防の推進により新規認定者の発生数を抑え、軽度認定者（要支援1、要支援2、要介護1）の自立支援・重度化防止を推進することで、認定率を熊本県平均の認定率までに引き下げる必要があります。

#### (1) 要介護度別認定者数の推移



※地域包括ケア「見える化」システム、厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報月報

#### (2) 認定率の推移と全国平均・県平均との比較



※地域包括ケア「見える化」システム、厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報月報

## 第2節 介護給付の状況

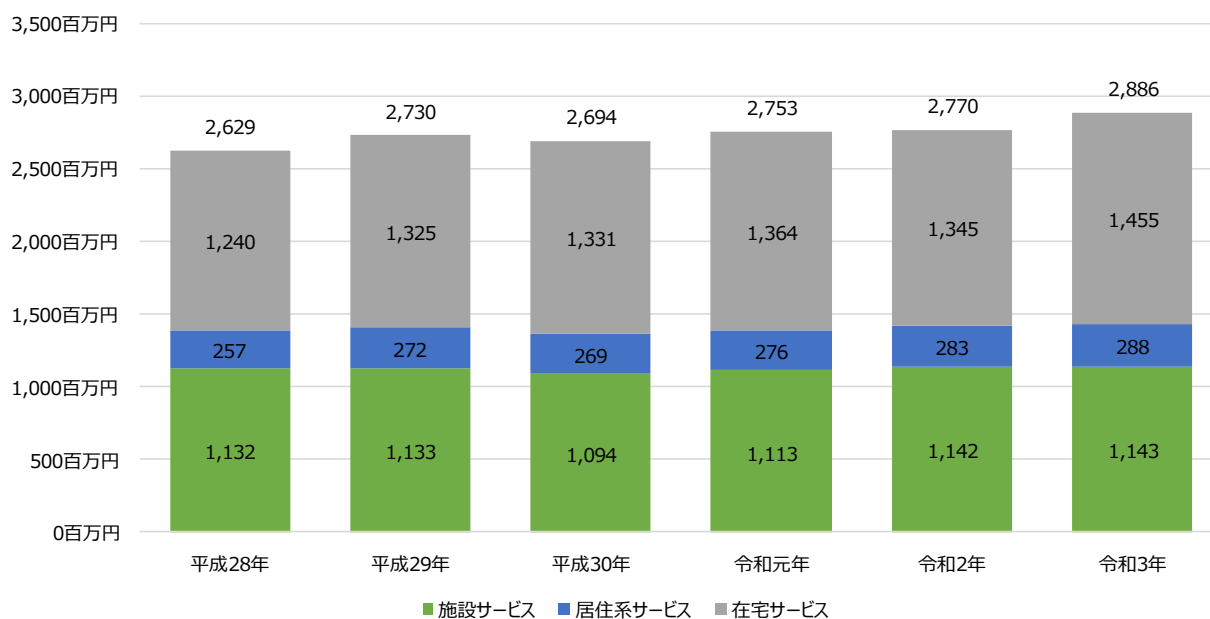
### 1 総給付費と第1号被保険者1人あたり給付費の推移

総給付費は、2019年度（令和元年度）以降、毎年度、増加しており、2021年度（令和3年度）には過去最高となる28億円を超える額となりました。

サービス分類別の給付費の内訳をみると、すべてのサービスで増加傾向にあります。特に「在宅サービス」が増加しています。

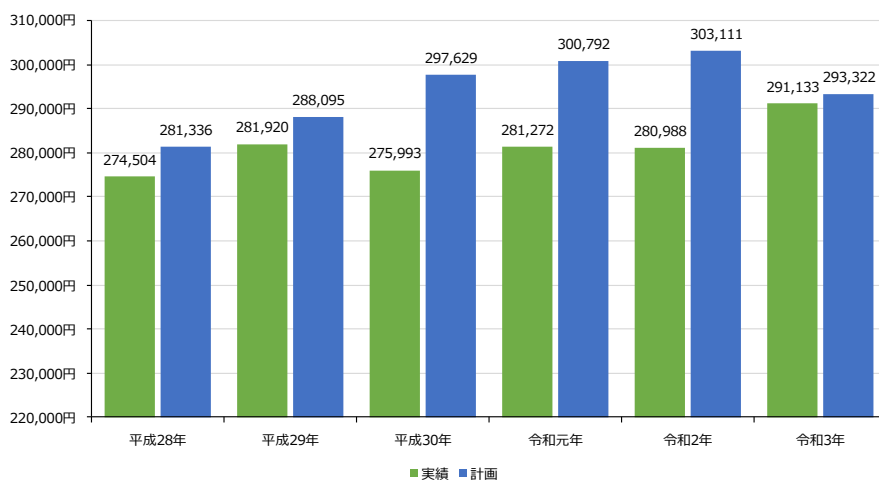
また、第1号被保険者1人あたり給付費の実績と計画値をみると、毎年度、実績は計画値以下で推移していますが、総給付費と同様に2021年度（令和3年度）は大きく増加しています。

給付費（3区分）の推移



※地域包括ケア「見える化」システム、厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報月報

第1号被保険者1人あたり給付費



※地域包括ケア「見える化」システム、第1号被保険者数は「介護保険事業状況報告」年報月報、

※「第1号被保険者数1人あたり給付費」は総給付費を第1号被保険者数で除して算出

## 2 計画の達成状況と評価

本計画では、第8期計画の各事業目標に対する達成状況について、評価を行いました。

第8期計画の目標設定を行った44事業において、「目標値に達した（達成度：A評価）」が15事業（34.1%）、「目標値に達していないが、達成傾向にある（達成度：B評価）」が12事業（27.3%）、「変わらない（達成度：C評価）」が9事業（20.4%）、「目標値に対して大幅に遅れている（達成度：D評価）」が8事業（18.2%）、「第8期計画期間中に新たに設定した指標、開始した事業または把握方法が異なるため評価が困難（達成度：E評価）」に該当する事業はありませんでした。

「目標値に達成」と「達成傾向にある」の合計（達成度B評価以上）が27事業（61.4%）となりましたが、新型コロナウイルス感染症<sup>12</sup>の影響などもあって、計画どおりの実施が困難であった事業も多くありました。

本計画では、コロナ禍による各事業への影響に応じたあらたな目標設定と年度毎のPDCAサイクル<sup>13</sup>の円滑な実施をあらためて推進し、目標達成に向けた取組を図ります。

### 【評価の基準】

達成度	評価内容	イメージ
A	目標値に達成した	目標値をクリアし、計画どおりに進んでいる。
B	目標値に達していないが、達成傾向にある	目標値に達していないが、おおむね順調である。
C	変わらない	現在、着手はしているが、順調とはいえない。課題が残る。
D	目標値に対して大幅に遅れている	現在、着手はしているが、順調とはいえない。計画期間中に中止・廃止。
E	第8期計画期間中に新たに設定した指標、開始した事業または把握方法が異なるため評価が困難	

<sup>12</sup> 新型コロナウイルス感染症：2019年12月に中国湖北省武漢市で発生し、世界に広がっている新型コロナウイルス感染症。正式名称は、WHOにより「COVID-19（coronavirus disease 2019）」と名付けられた。COVID-19は日本全国にも拡大し、2020年4月7日、国は緊急事態宣言を発令した。

<sup>13</sup> PDCAサイクル：Plan（計画）・Do（実行）・Check（評価）・Action（改善）を繰り返すことによって業務を継続的に改善する手法。

【第8期計画の評価一覧】

主要施策	事業数	達成度					達成率
		A	B	C	D	E	
住民主体の通いの場の充実	4	1	2	1	0	0	75.0%
自立支援に向けた介護予防・日常生活支援総合事業の充実	8	4	0	1	3	0	50.0%
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進	2	1	0	1	0	0	50.0%
認知症への正しい理解と相談窓口の周知、本人発信支援の推進	4	1	2	0	1	0	75.0%
認知症医療・ケア・介護サービス・介護者への支援の推進	5	2	0	1	2	0	40.0%
地域包括支援センターの機能強化と地域マネジメントの推進	1	0	1	0	0	0	100.0%
高齢者福祉事業の提供	8	0	6	0	2	0	75.0%
高齢者の見守りネットワークの充実と生活支援サービスの提供	2	1	1	0	0	0	100.0%
介護給付の適正化に向けた取組の推進	10	5	0	5	0	0	50.0%
達成度合計／割合	44	15 34.1%	12 27.3%	9 20.5%	8 18.2%	0 0.0%	27 61.4%

※達成率は、達成度「B」以上の評価のものの割合

【総合事業の評価】

1 事業の有効性

(1) 介護予防の推進

	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
	目標値	実績	目標値	実績	目標値	見込み
①第1号被保険者新規要介護(要支援)認定者発生率	4%以下	3.9%	4%以下	3.9%	4%以下	3.9%
②第1号被保険者要介護(要支援)認定率	21.0%	21.7%	20.0%	21.7%	19.5%	21.7%
③主観的健康観の高い者の割合			+10% (77.9%)	+1.7% (79.6%)		
④主観的幸福感の高い者の割合			+10% (86.6%)	+3.9% (90.5%)		
⑤週1回以上社会参加者割合			+10% (40.9%)	△2.2% (38.7%)		

※③・④・⑤は介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を用いて評価を実施

(2) 自立支援に向けた環境整備

	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
	目標値	実績	目標値	実績	目標値	見込み
⑥週1回以上通いの場の箇所数(箇所)	50	31	55	30	60	22
⑦週1回以上通いの場の参加者割合	12.0%	6.2%	13.0%	4.3%	15.0%	5.0%
⑧通所C・訪問Cからの通いの場への接続件数(件)	30	1	30	2	30	3
⑨保健事業から地域包括支援センター等への接続件数(件)	30	6	30	10	30	10

2 事業の効率性

		令和3年度		令和4年度		令和5年度	
		目標値	実績	目標値	実績	目標値	見込み
(参酌標準) 後期高齢者数の伸び率	人数(人)		5,341		5,376		5,404
	伸び率		△0.6%		0.7%		0.5%
①予防給付と総合事業総額の伸び率	総額(千円)	後期高齢者数の伸び率を下回る	135,520	後期高齢者数の伸び率を下回る	133,359	後期高齢者数の伸び率を下回る	170,144
	伸び率						
②介護給付・予防給付・総合事業総額の伸び率	総額(千円)	後期高齢者数の伸び率を下回る	2,936,300	後期高齢者数の伸び率を下回る	2,836,227	後期高齢者数の伸び率を下回る	3,063,936
	伸び率		4.3%		△3.4%		

※令和5年度の見込みは予算集計のため参考

## 第3節 各種アンケート調査の結果

### 1 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

#### (1) 調査の目的

要介護状態になる前の高齢者について、①要介護状態になるリスクの発生状況、②各種リスクに影響を与える日常生活の状況を把握し、本市の抱える課題を特定することを目的として、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を実施しました。

#### (2) 調査対象及び回収状況

##### ア 対象者

市内にお住まいの65歳以上（一般高齢者、事業対象者、要支援認定者）を対象に2,500人を無作為に抽出し、調査票を郵送しました。

##### イ 回収状況

有効回答数：1,518件（有効回答率：60.7%）

### (3) 調査結果

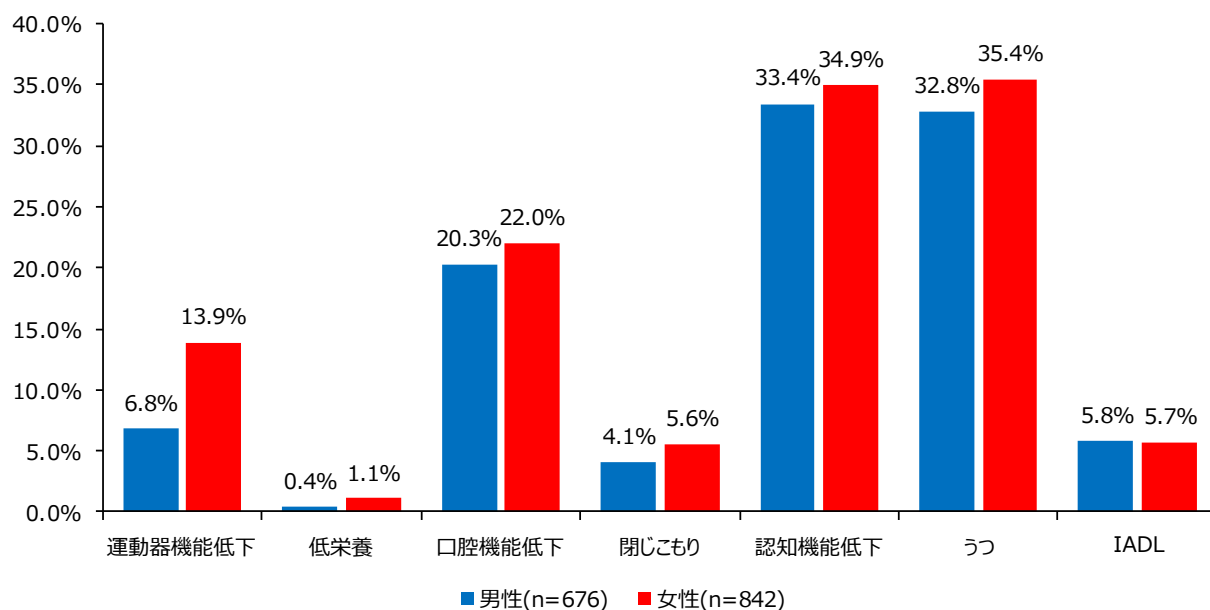
#### ア 生活機能低下リスク該当状況

生活機能低下リスク該当状況について、性別で見るとわずかな差も含め IADL<sup>14</sup>を除く 6 項目において、男性よりも女性の該当率が高い傾向にありました。

特に「運動器機能低下」リスク該当者では、男性が 6.8%、女性が 13.9%と女性の方が約 7 ポイント高い結果となっています。

また、「認知機能低下」と「うつ」リスク該当者において、男女ともに 30%を超える結果となっています。

生活機能低下リスク該当状況（性別）



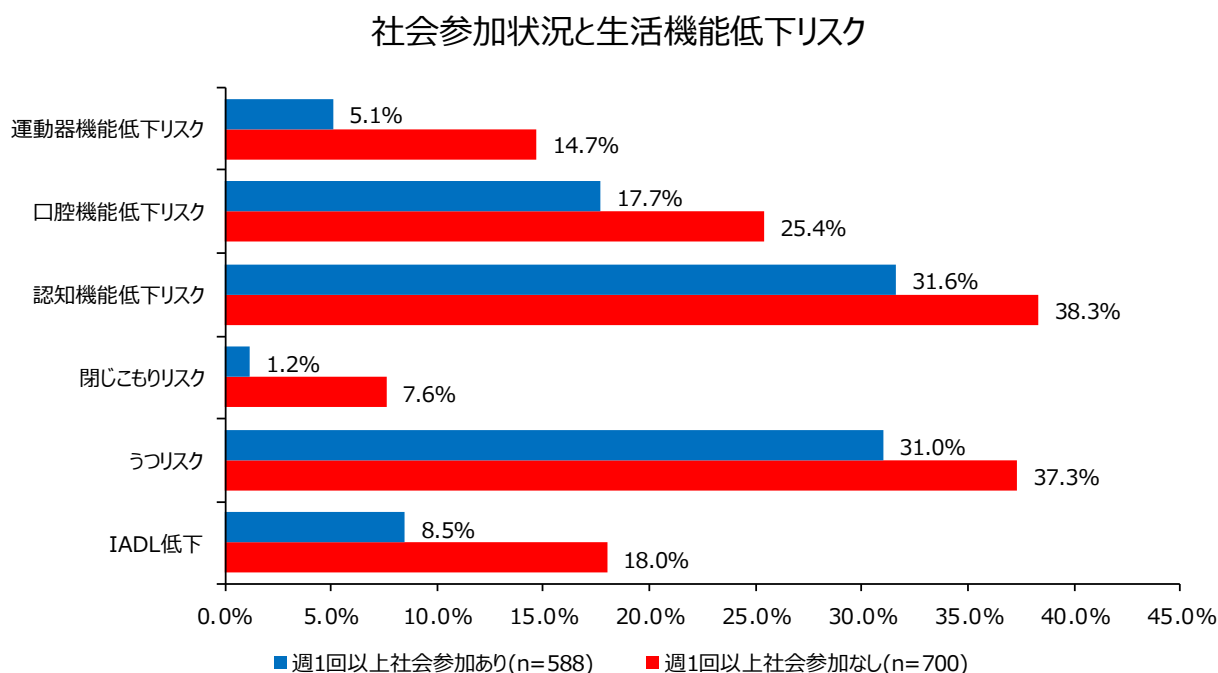
<sup>14</sup> IADL：手段的日常生活動作のこと。具体的には、家事をする、買い物をする、食事の準備をするなどの日常生活における応用的な動作をいう。

## イ 社会参加状況と生活機能低下リスク

生活機能低下リスク該当状況において、男女ともに20%以上を占めていた「口腔機能低下」、「認知機能低下」、「うつ」リスク該当者を社会参加状況別にみると、すべての項目で「週1回以上社会参加あり」の高齢者が「週1回以上社会参加なし」の高齢者よりも多い結果となっていました。

「週1回以上社会参加なし」の高齢者において、「認知機能低下」、「うつ」リスク該当者は約4割を占める結果となっています。

また、「運動器機能低下」リスク該当者において、「週1回以上社会参加あり」の高齢者に比べ、「週1回以上社会参加なし」の高齢者の方が9.6ポイント高い結果となり、その他のリスク項目よりも差が大きい傾向がみられます。



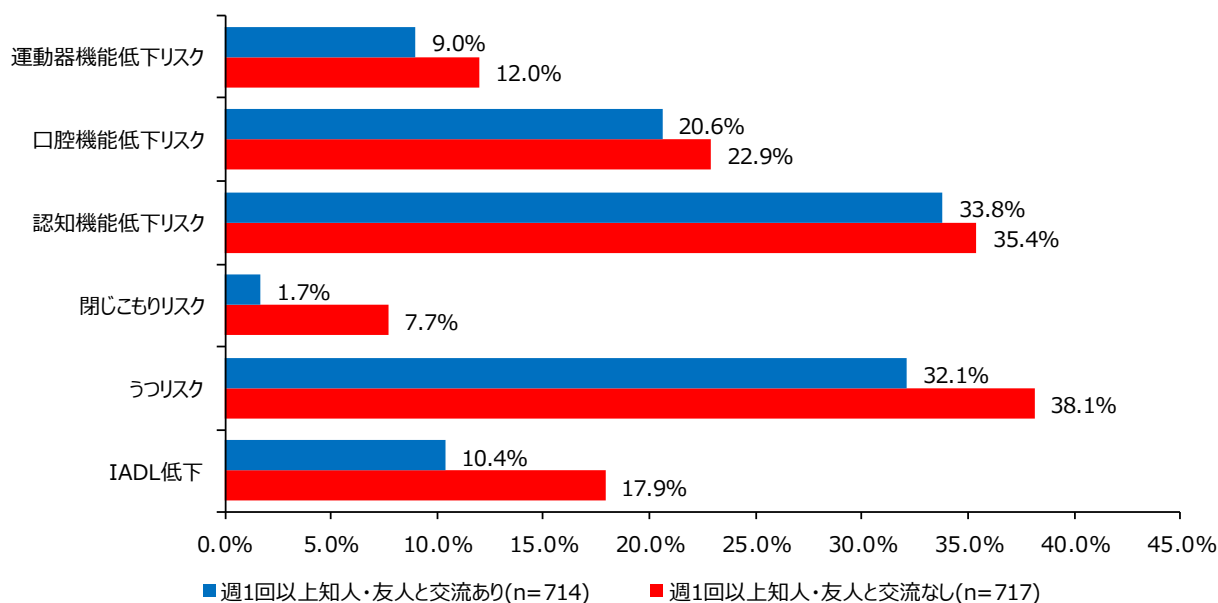


## ウ 知人・友人との交流の状況と生活機能低下リスク

生活機能低下リスク該当状況において、男女ともに20%以上を占めていた「口腔機能低下」、「認知機能低下」、「うつ」リスク該当者を知人・友人との交流状況別にみると、すべての項目で「週1回以上知人・友人と交流なし」の高齢者が、「週1回以上知人・友人と交流あり」の高齢者よりも多い結果となっていました。

「週1回以上知人・友人と交流なし」の高齢者において、「認知機能低下」、「うつ」リスク該当者は約4割を占める結果となっています。

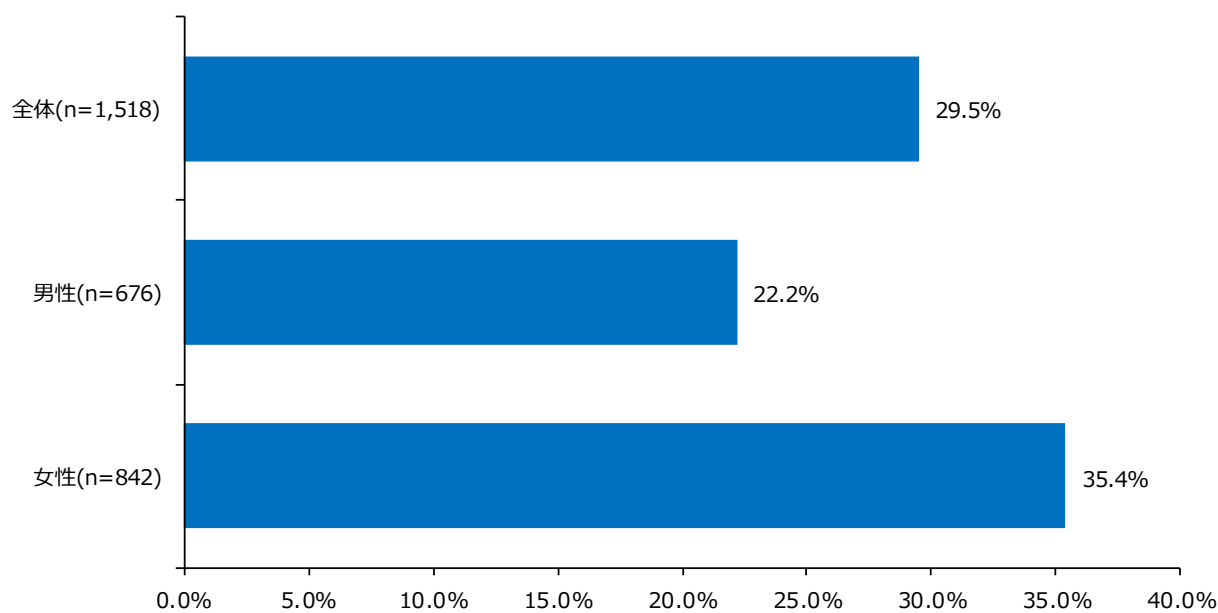
知人・友人との交流の状況と生活機能低下リスク



## エ 外出控えの状況と外出を控えている要因

新型コロナウイルス感染症の影響により外出自粛をしている方が多い可能性があることから外出控えについて調査を行ったところ、全体で約3割の高齢者が「外出を控えている」と回答していました。「外出を控えている」と回答したのは、男性で22.2%、女性で35.4%となっており、女性の方が約13ポイント高い結果となっています。

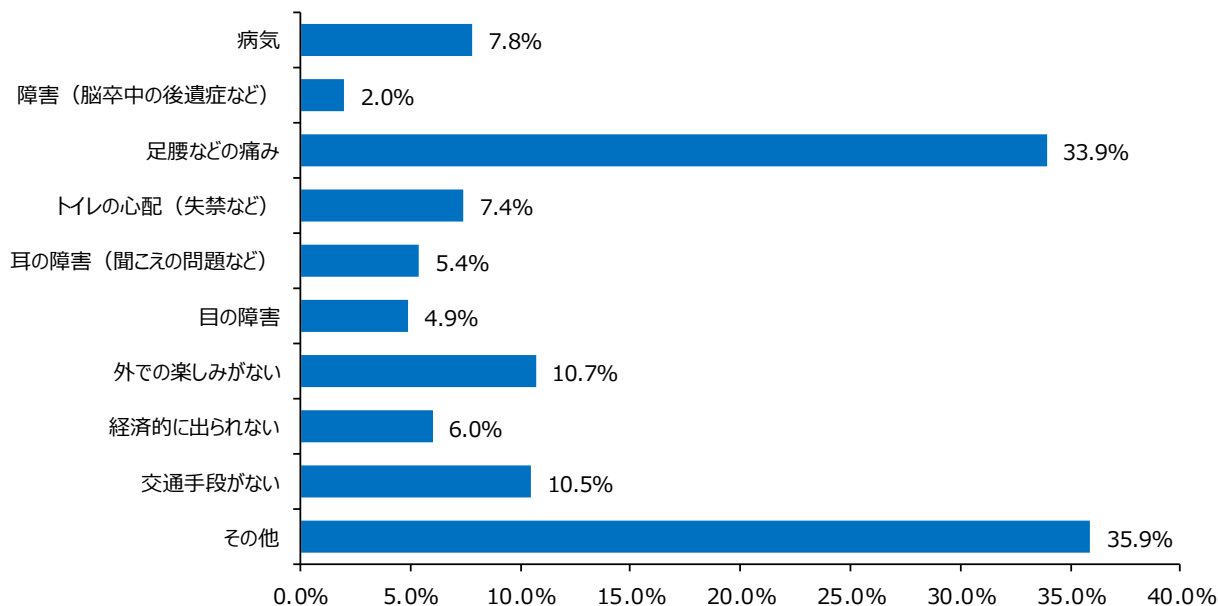
外出控えの状況（性別）



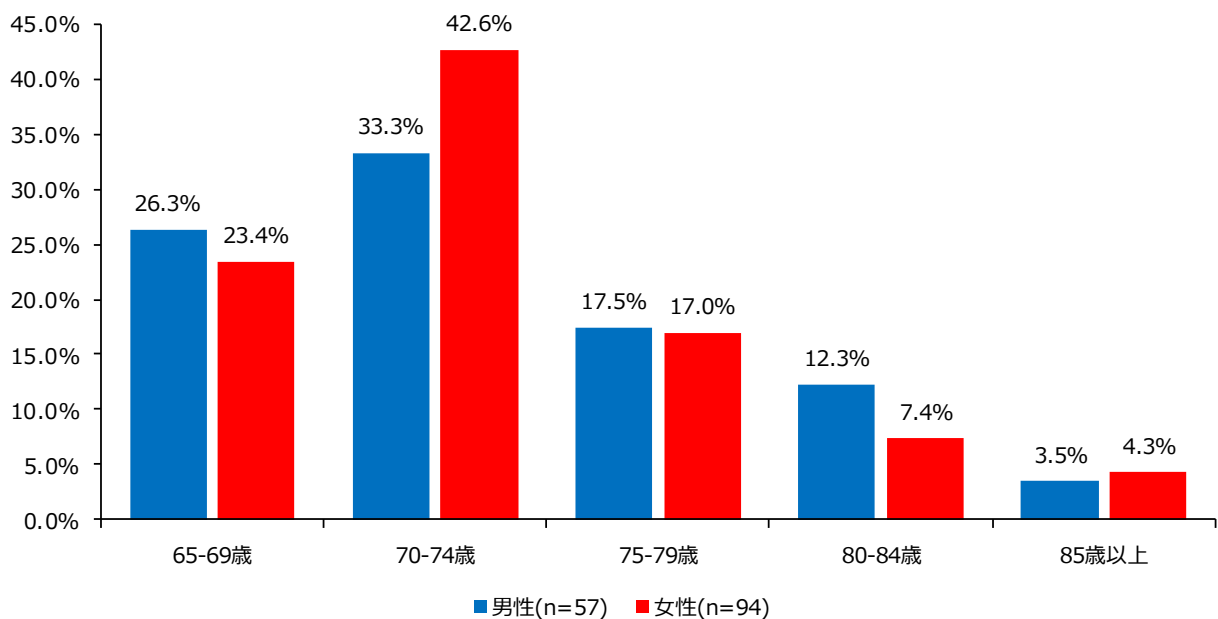
「外出を控えている要因」については、「その他」が 35.9%で最も多く、次いで「足腰などの痛み」が 33.9%となっています。

また、「その他」の回答において「新型コロナウイルスの影響」と答えた高齢者は、「70-74歳」で男女ともに3割を超えており、他の年代よりも高い傾向にあります。

外出を控えている要因(複数選択可,n=448)



外出を控えている高齢者のうち「新型コロナウイルスの影響」と回答した高齢者の割合



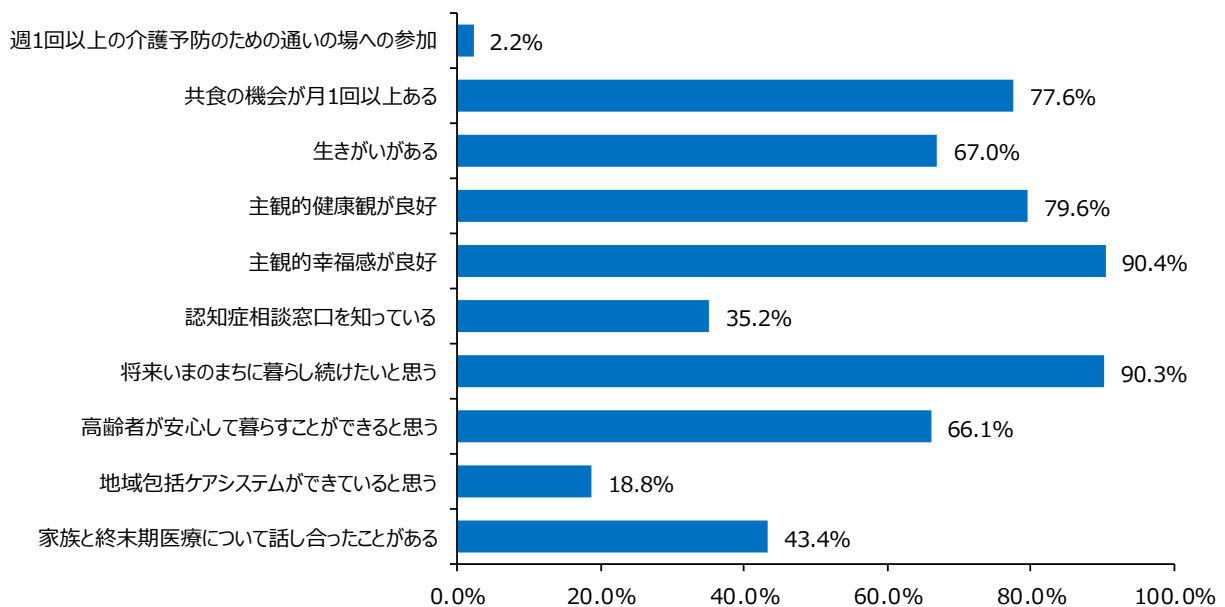
## オ 安心して生活できる環境の状況

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できる環境の指標として、10項目(下表)を抽出した結果、「週1回以上の介護予防のための通いの場(2.2%)」、「地域包括ケアシステムができていると思う(18.8%)」の2項目が20%以下となっています。

「幸福感が5点以上」、「将来いまのまちに暮らし続けたいと思う」の2項目においては、9割を超える結果となっています。

安心して生活できる環境の指標
① 週1回以上の介護予防のための通いの場への参加
② 共食の機会が月1回以上ある
③ 生きがいがある
④ 主観的健康観が良好
⑤ 主観的幸福感が良好
⑥ 認知症相談窓口を知っている
⑦ 将来いまのまちに暮らし続けたいと思う
⑧ 高齢者が安心して暮らすことができると思う
⑨ 地域包括ケアシステムができていると思う
⑩ 家族と終末期医療について話し合ったことがある

安心して生活できる環境の状況(n=1,518)



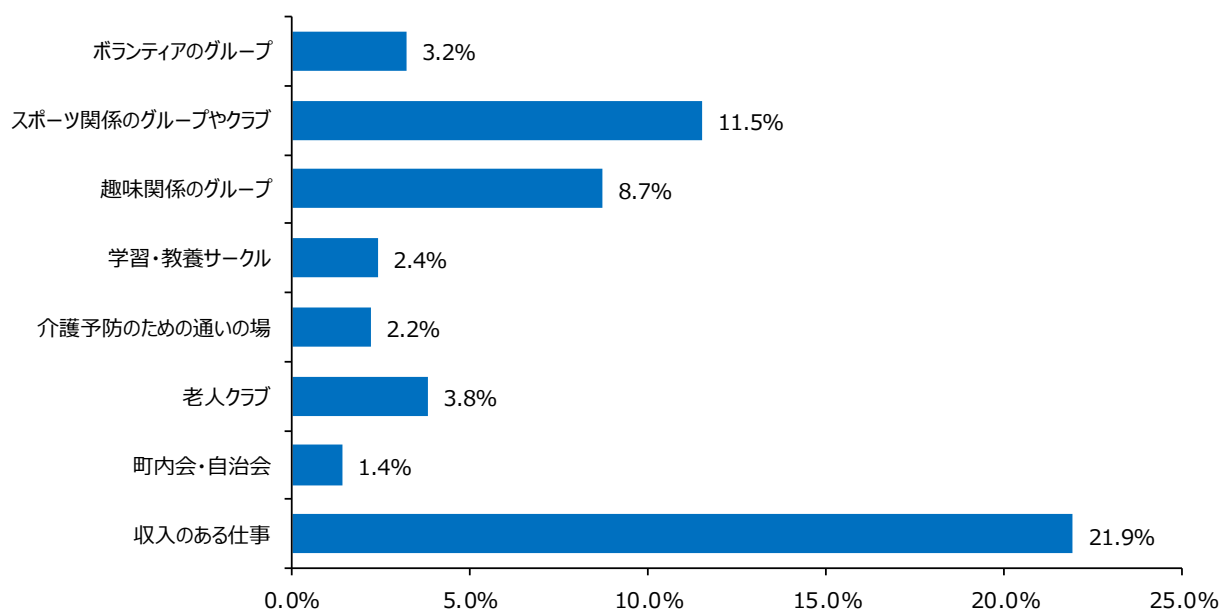
## カ 週1回以上の社会参加状況

高齢者が安心して生活できる環境の状況において、最も少なかった項目は「週1回以上の介護予防のための通いの場（2.2%）」となっています。

介護予防以外の他の社会参加状況についてみると、5%以下だったのは「老人クラブ」、「ボランティアのグループ」、「学習・教養サークル」、「介護予防のための通いの場」、「町内会・自治会」となっています。

週1回の頻度で行われる可能性が低い「町内会・自治会」を除き、社会参加状況として最も低かったのは「介護予防のための通いの場」となっています。

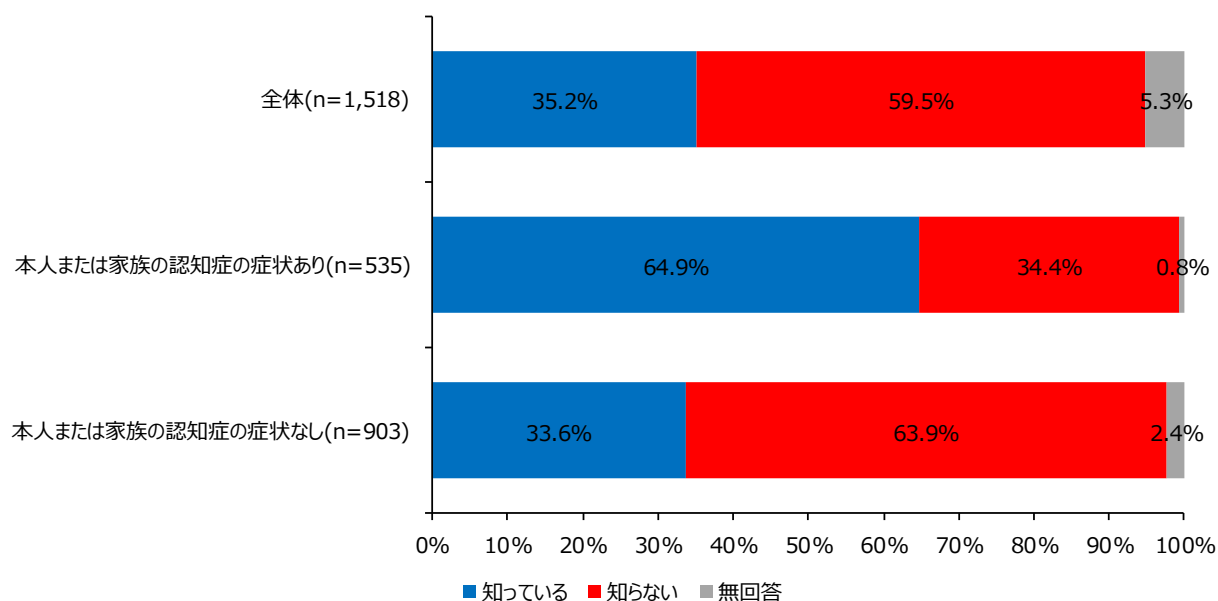
週1回以上の社会参加状況(n=1,518)



## キ 認知症の症状の有無と認知症相談窓口の認知度

本人または家族の認知症の症状の有無と認知症相談窓口の認知度についてみると、「本人または家族の認知症の症状あり」の高齢者の方が「本人または家族の認知症の症状なし」の高齢者と比較して、認知症相談窓口の認知度が高くなっていました。「本人または家族の認知症の症状なし」の高齢者の認知症相談窓口の認知度は33.6%にとどまっています。

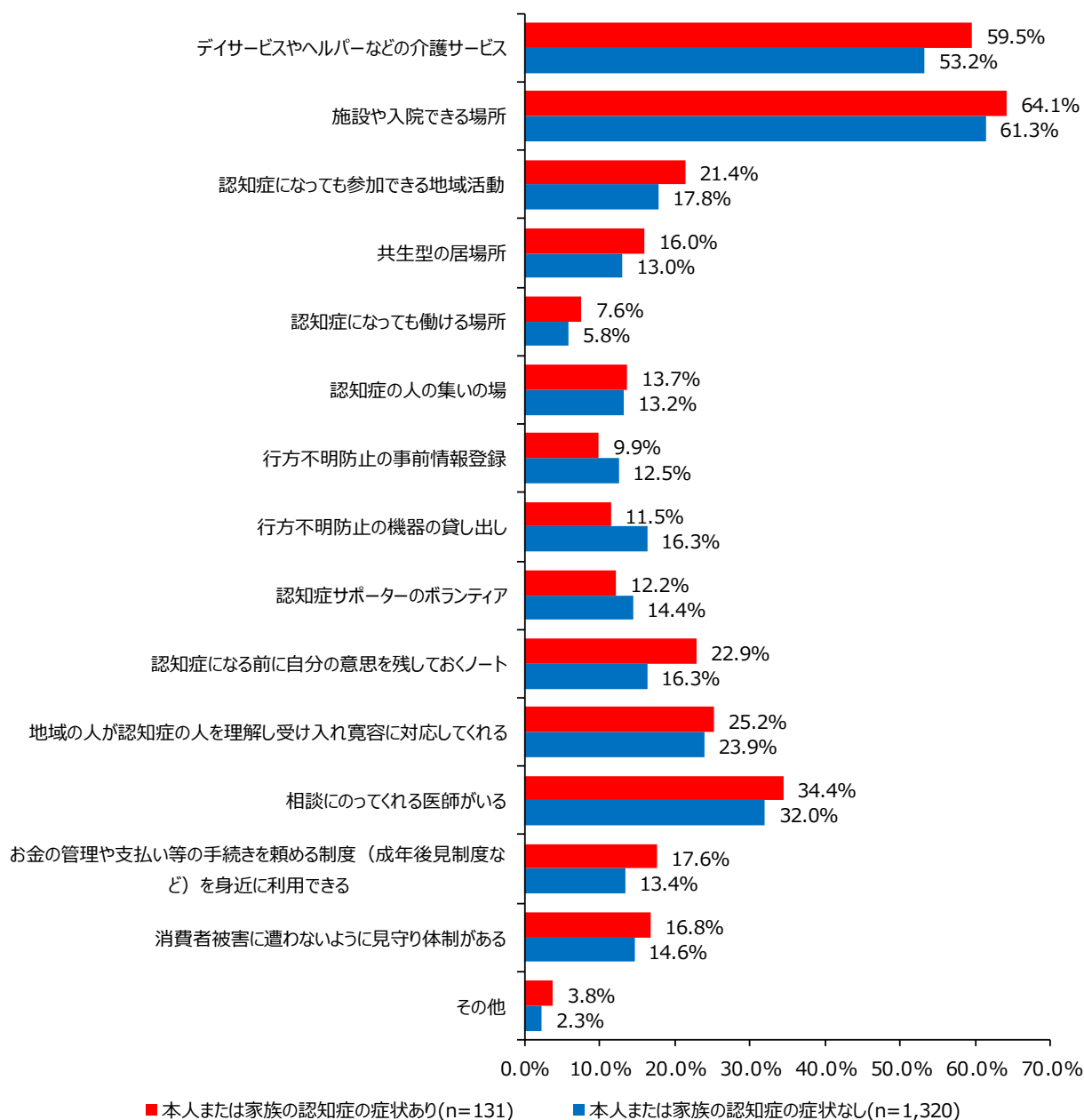
本人または家族の認知症の症状の有無と認知症相談窓口の認知度



## ク 本人または家族の認知症の症状の有無と認知症になった時の必要な資源

本人または家族の認知症の症状の有無と認知症になった時の必要な資源について、「本人または家族の認知症の症状あり」、「本人または家族の認知症の症状なし」の高齢者どちらにおいても「施設や入院できる場所」が最も多くなっています。

本人または家族の認知症の症状の有無と認知症になった時の必要な資源  
(複数回答可)



## 2 在宅介護実態調査

### (1) 調査の目的

「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討することを目的として、在宅介護実態調査を実施しました。

### (2) 調査対象及び回収状況

#### ア 対象者

在宅で生活をしている要支援・要介護認定を受けている方のうち、更新申請・区分変更申請をされた方を対象として、認定調査員による対面調査（訪問調査時に実施）を実施しました。

#### イ 回収状況

回収件数：285件

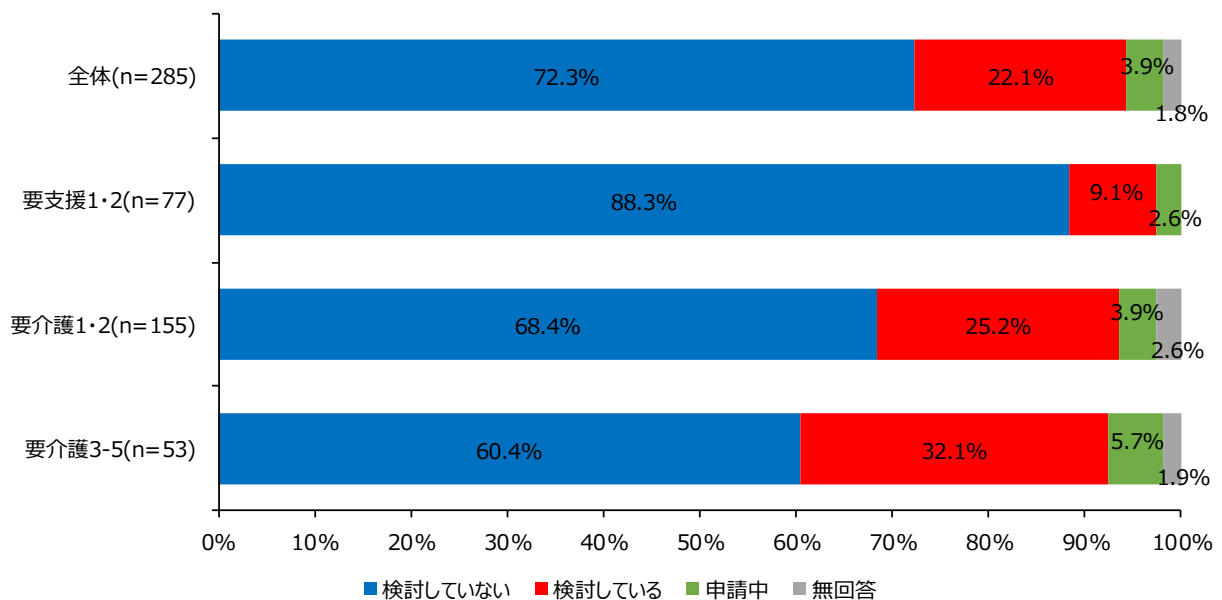
### (3) 調査結果

#### ア 施設等への入所・入居検討状況

要支援1・2の11.7%、要介護1・2の29.1%が施設等への入所・入居を「検討している」またはすでに入所・入居を「申請中」でした。

一方で、要介護3～5の60.4%が施設等への入所・入居を「検討していない」でした。

施設等への入所・入居検討状況





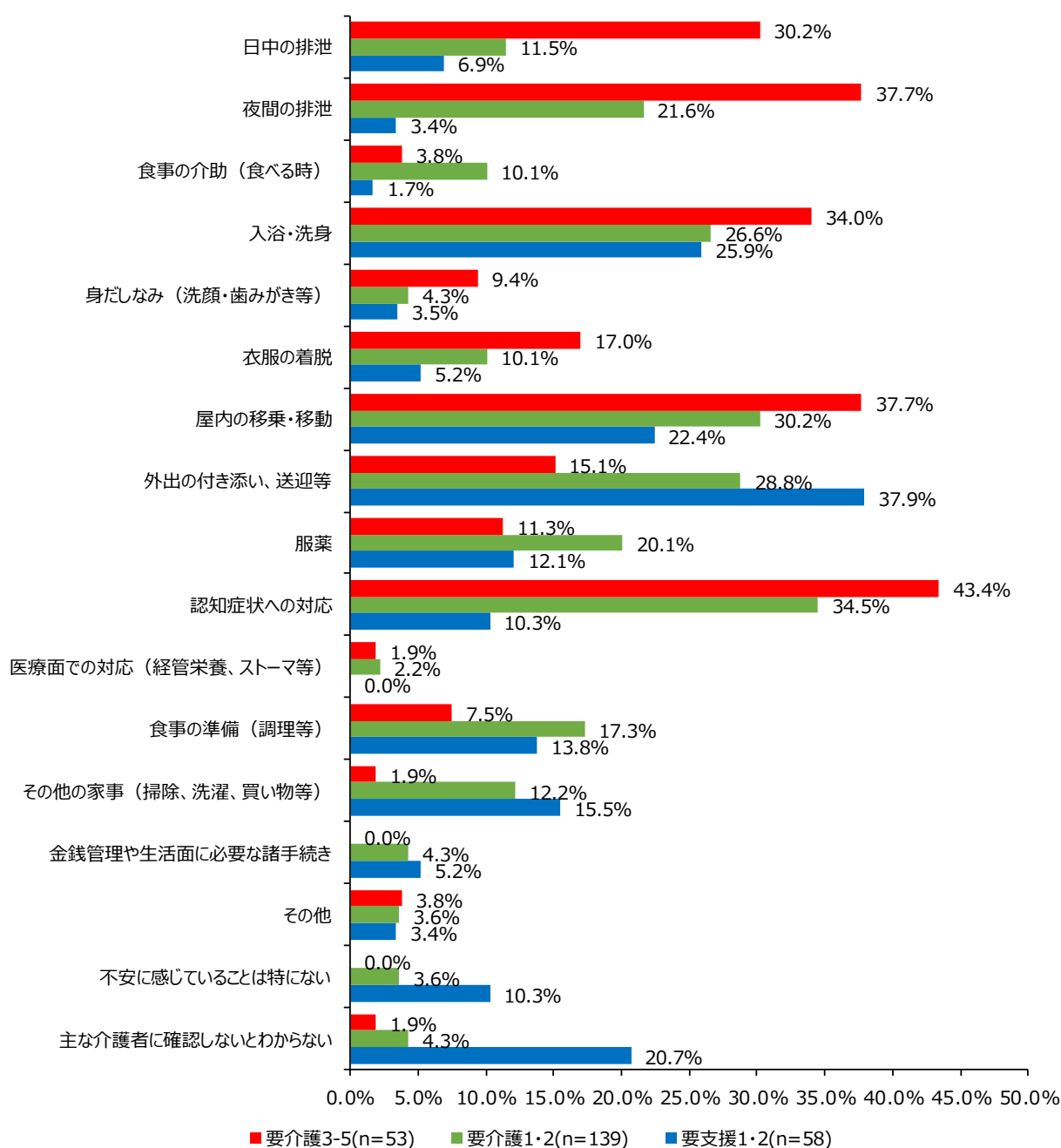
## イ 在宅生活の継続に向けて主な介護者が不安に感じる介護

在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じる介護を要支援・要介護度別にみると、要支援1・2では「外出の付き添い、送迎等」が最も多く（37.9%）、次いで、「入浴・洗身」（25.9%）、「屋内の移乗・移動」（22.4%）となっています。

要介護1・2では「認知症状への対応」が最も多く（34.5%）、次いで「屋内の移乗・移動」（30.2%）、「外出の付き添い、送迎等」（28.8%）の順となっています。

要介護3～5では「認知症状への対応」が最も多く（43.4%）、次いで、「屋内の移乗・移動」、「夜間の排泄」（37.7%）の順となっています。

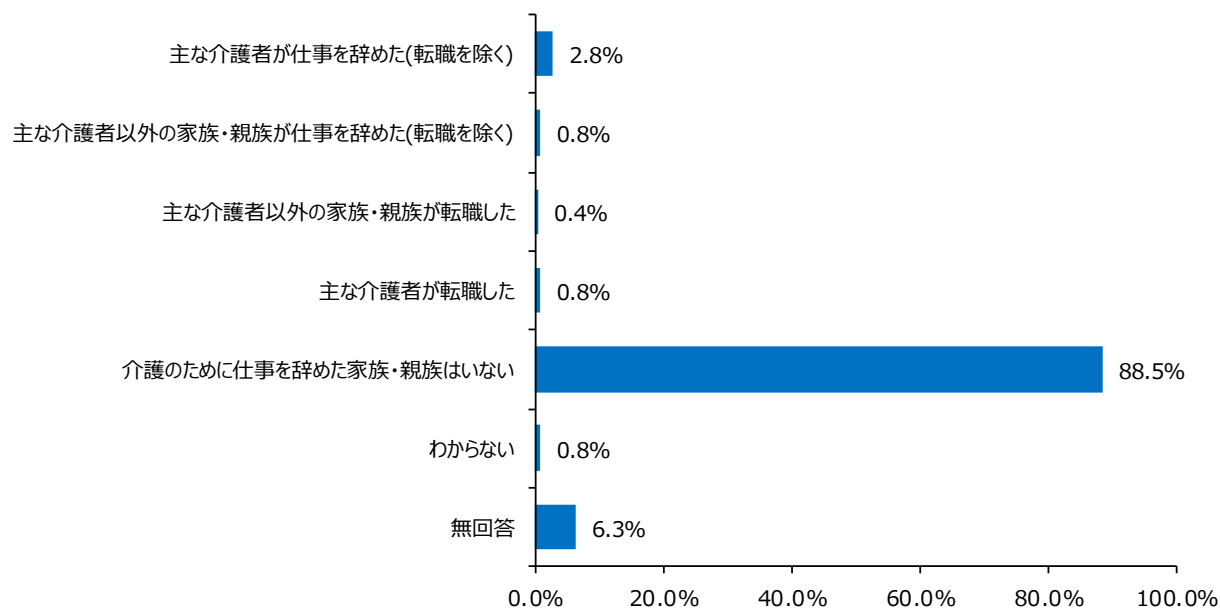
在宅生活の継続に向けて主な介護者が不安に感じる介護



## ウ 主介護者の介護のための離職状況

介護のための離職状況について、「介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない」が88.5%と最も多く、「主な介護者が仕事を辞めた（転職除く）」は2.8%となっています。

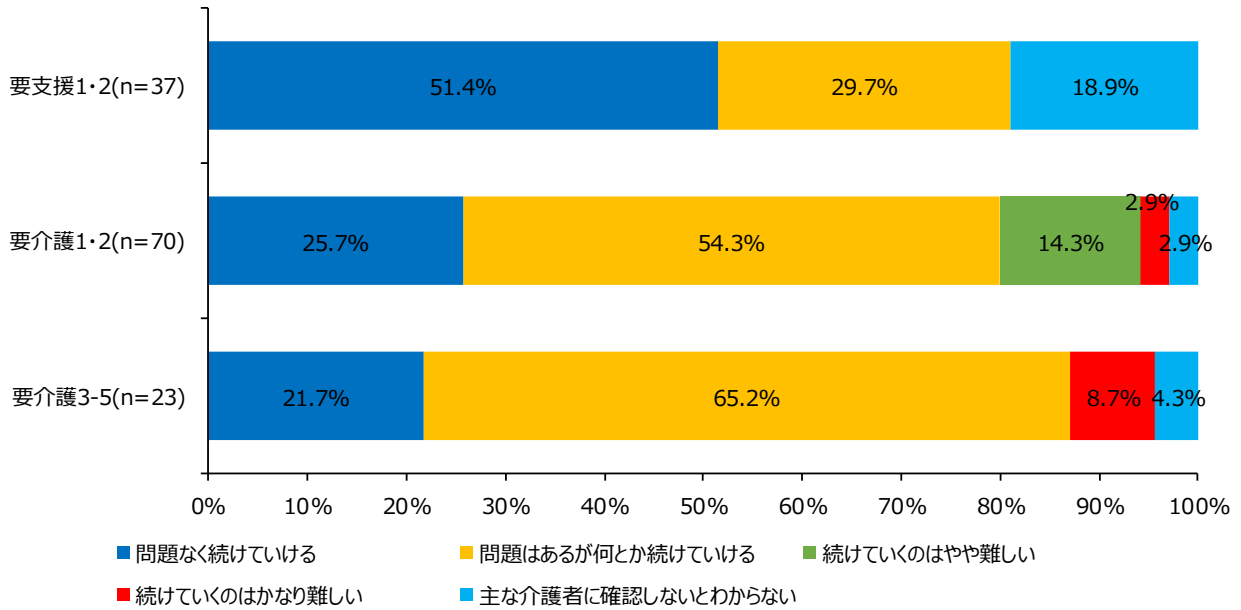
主介護者の介護のための離職状況(n=252)



## エ 主介護者の仕事と介護の両立継続の可否についての意識の状況

仕事と介護の両立継続の可否についての意識として、「続けていくのは、かなり難しい」、「続けていくのは、やや難しい」、「問題はあるが、何とか仕事を続けていける」のいずれかに回答した主介護者(仕事と介護の両立に問題がある)の割合を本人の要支援・要介護度別にみると、「要支援1・2」で29.7%、「要介護1・2」で71.5%、「要介護3～5」で73.9%となっています。

主介護者の仕事と介護の両立継続の可否についての意識の状況



### 3 介護人材実態調査

#### (1) 調査の目的

介護人材の定着率の底上げを図るとともに魅力ある職場環境づくりを進めていくため、市内の介護サービス事業所や介護保険施設の現状や人材の定着化に向けた取組、問題点や介護従事者の離職状況、職場環境、働きがいを把握することを目的として、介護人材実態調査を実施しました。

#### (2) 調査対象及び回収状況

##### ア 調査対象事業所

##### (ア) 訪問系サービス

訪問介護、訪問入浴、小規模多機能型居宅介護

##### (イ) 通所系サービス

通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護

##### (ウ) 施設・居住系サービス

特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、グループホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム

##### イ 回収状況

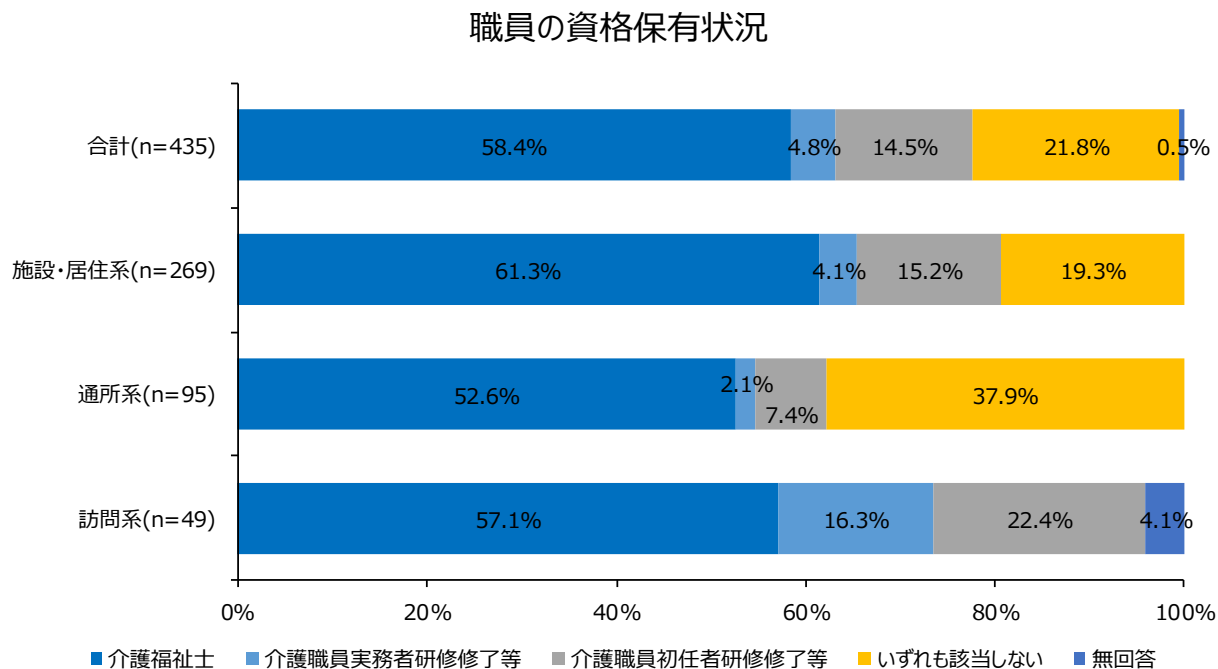
件数（職員数）：435件（訪問系：49件、通所系：95件、施設・居住系：269件）

※サービス種別無回答者も含まれています

### (3) 調査結果

#### ア 職員の資格保有状況

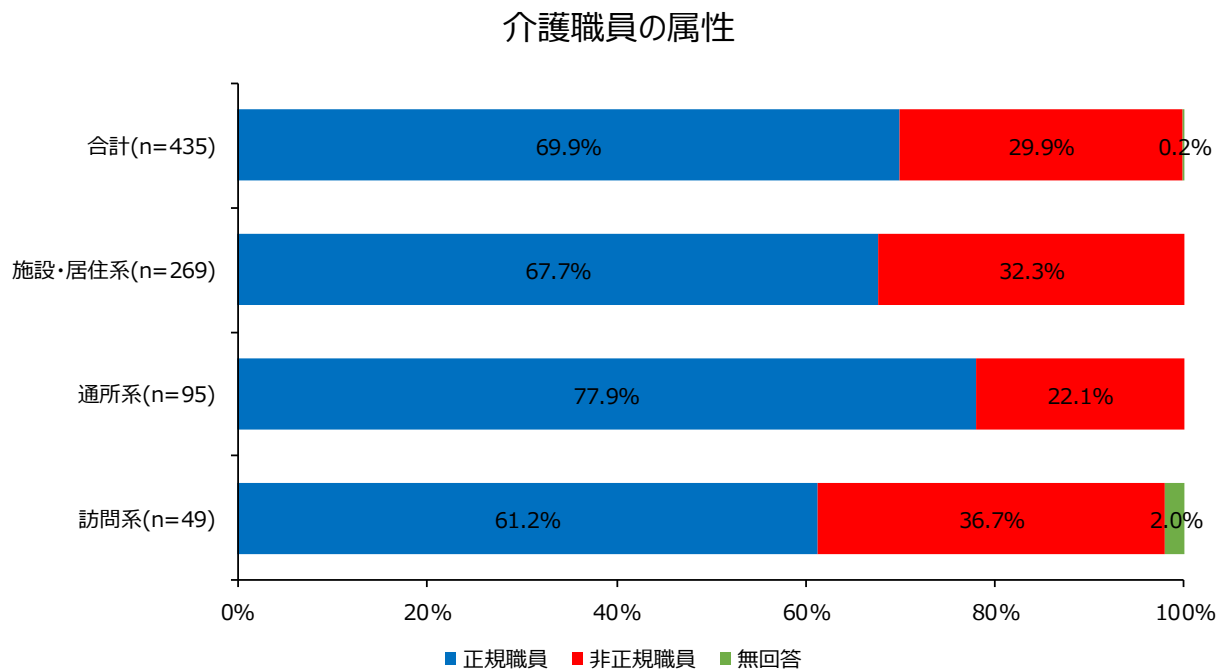
職員の資格保有状況をみると、「介護福祉士」が半数以上の割合を占めています。



※合計にはサービス種別無回答者も含まれています

## イ 介護職員の属性

職員の雇用形態をみると、「正規職員」と「非正規職員」の比率はおよそ7:3となっており、正規職員の割合が高くなっています。

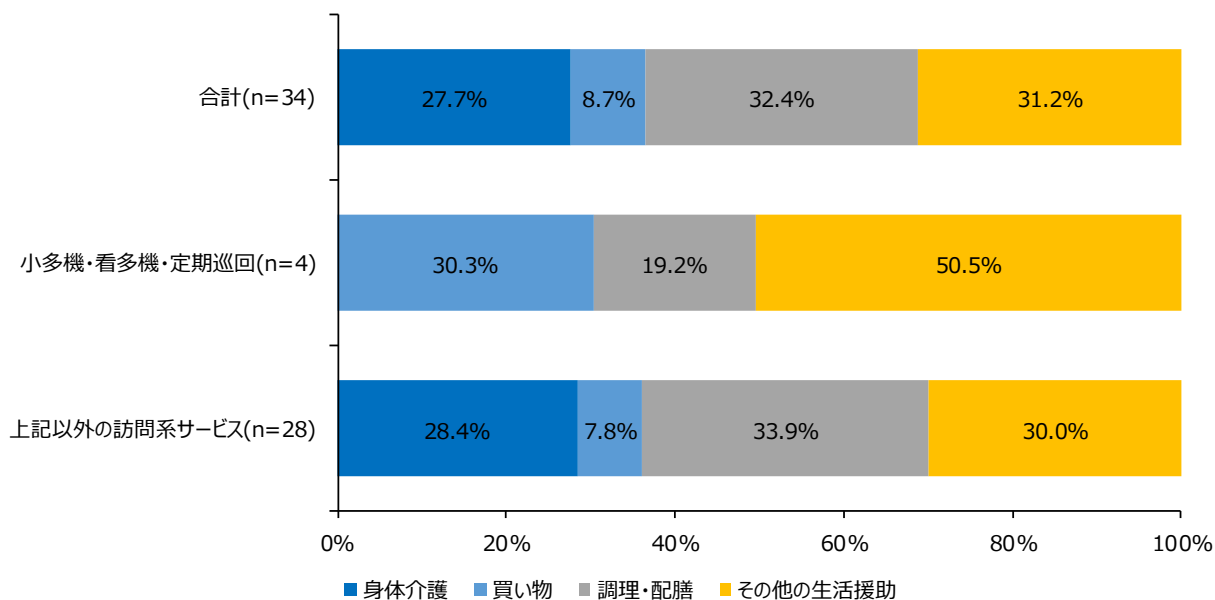


※合計にはサービス種別無回答者も含まれています

## ウ 訪問介護のサービス提供時間の内容別内訳

介護給付におけるサービス提供時間の内訳をみると、「調理・配膳」の割合が32.4%と最も高く、次いで「その他生活援助」が31.2%、「身体介護」が27.7%の順となっています。

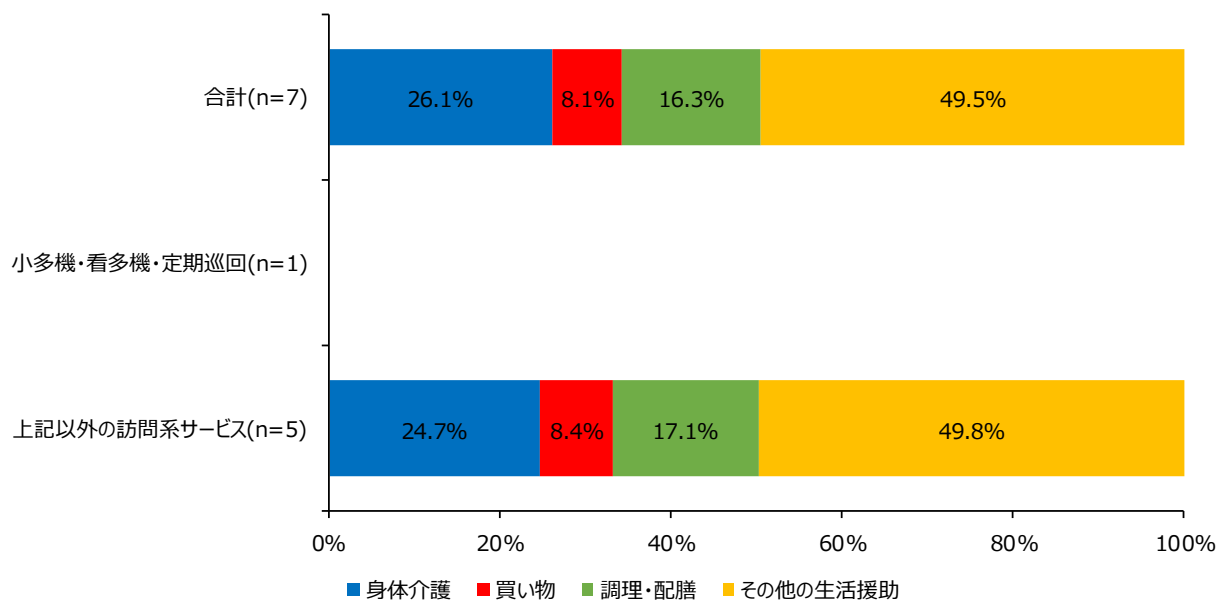
訪問介護のサービス提供時間の内容別内訳（介護給付）



※合計にはサービス種別無回答者も含まれています

予防給付、介護予防・日常生活支援総合事業におけるサービス提供時間の内訳をみると、「その他生活援助」の割合が49.5%と最も高く、次いで「身体介護」が26.1%、「調理・配膳」16.3%の順となっています。

訪問介護のサービス提供時間の内容別内訳（介護給付以外）



※合計にはサービス種別無回答者も含まれています



## 4 居所変更実態調査

### (1) 調査の目的

過去 1 年間で施設・居住系サービスから居所を変更した方の人数やその理由などを把握し、施設・居住系サービスでの生活の継続性を高めるために必要な機能や外部サービス資源との連携などを検討、具体的な取組につなげることを目的として、居所変更実態調査を実施しました。

### (2) 調査対象及び回収状況

#### ア 対象事業所

施設・居住系事業所

#### イ 回収状況

回収数：11 件

### (3) 調査結果

#### ア 施設等での看取りの状況

過去1年間、施設等で死亡された方は、全施設合計で95人となっており、退去者に占める看取りの割合としては40.8%となっています。施設別にみると、看取りの割合は「特別養護老人ホーム」が73.1%で最も高くなっています。

サービス種別	居所変更	死亡	合計
住宅型有料老人ホーム (n=1)	4人 50.0%	4人 50.0%	8人 100.0%
グループホーム (n=3)	7人 50.0%	7人 50.0%	14人 100.0%
特定施設 (n=1)	7人 87.5%	1人 12.5%	8人 100.0%
介護老人保健施設 (n=2)	99人 76.7%	30人 23.3%	129人 100.0%
介護老人福祉施設 (n=3)	18人 26.9%	49人 73.1%	67人 100.0%
地域密着型特別養護老人ホーム (n=1)	3人 42.9%	4人 57.1%	7人 100.0%
合計 (n=11)	138人 59.2%	95人 40.8%	233人 100.0%

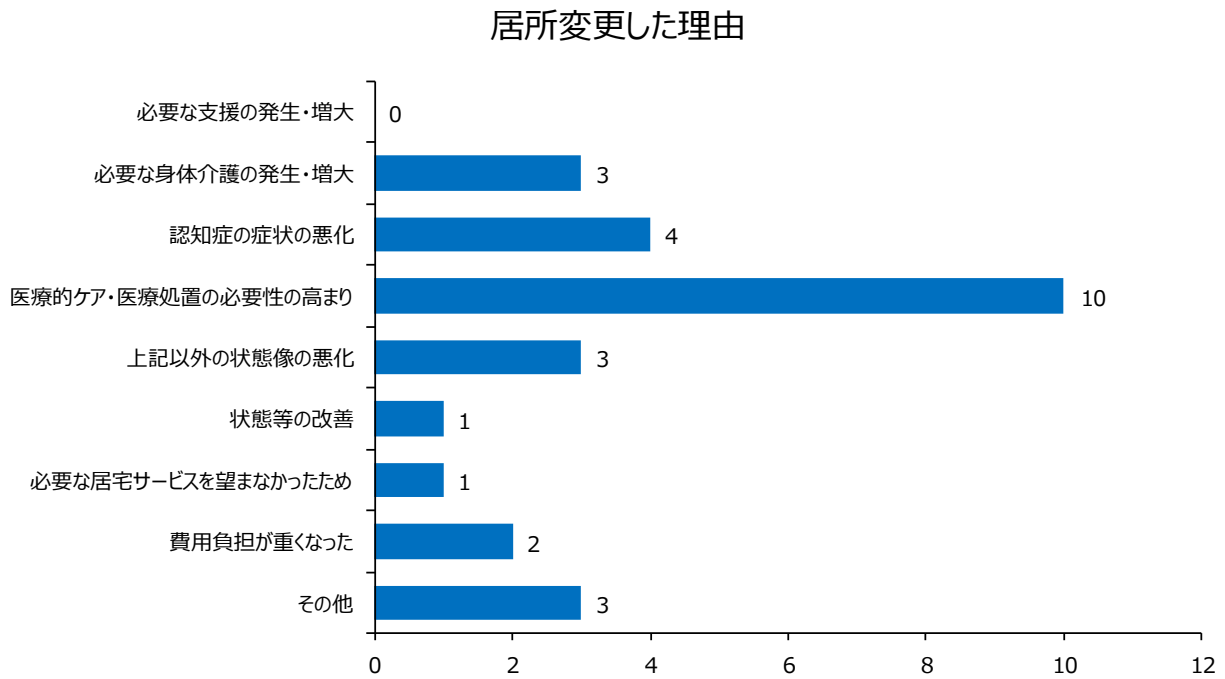
#### イ 居所変更した要支援・要介護度

施設等から居所を変更した方を要支援・要介護度で見ると、施設全体では「要介護3」が34.3%で最も多く、次いで「要介護4」が19.2%、「要介護1」が17.7%の順となっています。

サービス種別	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	合計
住宅型有料老人ホーム (n=1)	2人 25.0%	2人 25.0%	4人 50.0%			8人 100.0%
グループホーム (n=3)	1人 7.7%	1人 7.7%	5人 38.5%	3人 23.1%	3人 23.1%	13人 100.0%
特定施設 (n=1)	1人 14.3%		3人 42.9%	3人 42.9%		7人 100.0%
介護老人保健施設 (n=2)	31人 25.2%	24人 19.5%	41人 33.3%	12人 9.8%	15人 12.2%	123人 100.0%
介護老人福祉施設 (n=3)			14人 35.0%	17人 42.5%	9人 22.5%	40人 100.0%
地域密着型特別養護老人ホーム (n=1)			1人 14.3%	3人 42.9%	3人 42.9%	7人 100.0%
合計 (n=11)	35人 17.7%	27人 13.6%	68人 34.3%	38人 19.2%	30人 15.2%	198人 100.0%

## ウ 居所変更した理由

施設等から居所を変更した理由として最も多いのは「医療的ケア・医療処置の必要性の高まり」となっており、11 施設中 10 施設が理由としてあげています。



※複数回答、死亡は除く

## 5 在宅生活改善調査

### (1) 調査の目的

現在のサービス利用では生活の維持が難しくなっている方の人数や生活の維持が難しくなっている理由、生活の改善のために必要な支援・サービスなどを把握することで、住み慣れた地域での生活の継続性を高めるために必要な支援やサービス、連携のあり方を検討することを目的として、在宅生活改善調査を実施しました。

### (2) 調査対象及び回収状況

#### ア 対象事業所

居宅介護支援事業所

#### イ 回収状況

回収件数（事業所数）：10件

### (3) 調査結果

#### ア 居場所変更と自宅等での死亡の割合

過去1年間に自宅等から居所を変更した高齢者と、自宅等で死亡した高齢者の割合をみると、「居所変更」が51.0%、「死亡」が49.0%でほぼ半数ずつとなっています。

居場所変更と自宅等での死亡の割合(n=153)

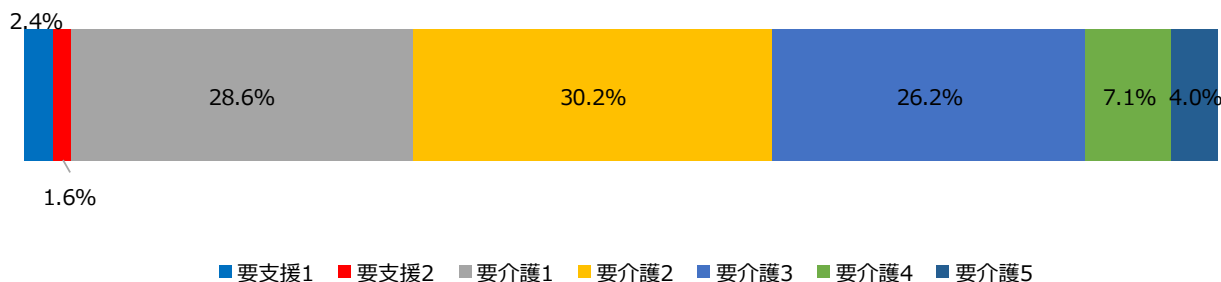


■ 居場所変更 ■ 死亡

## イ 居場所を変更した高齢者の要介護度の内訳

過去 1 年間に自宅等から居所を変更した高齢者を要支援・要介護度別にみると、「要介護 2」が 30.2%で最も多く、次いで「要介護 1」が 28.6%、「要介護 3」が 26.2%の順となっています。

居場所を変更した高齢者の要介護度の内訳(n=126)

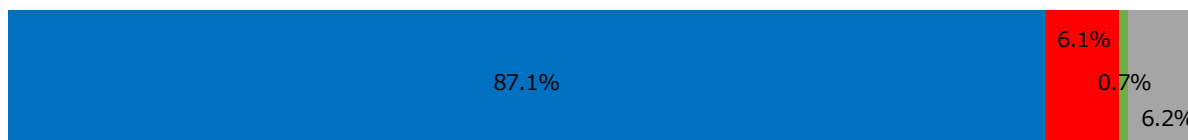


※死亡は除く

## ウ 在宅生活の維持が難しくなっている高齢者

現在、自宅等に居住する高齢者のうち、在宅生活の維持が「生活上の問題はない」高齢者は 87.1%となっています。一方で、「生活の維持が難しい」高齢者は 6.1%となっています。

在宅生活の維持が難しくなっている高齢者(n=727)



- 自宅等に居住/生活上の問題はない
- 自宅等に居住/生活の維持が難しい
- サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームに居住/生活の維持が難しい
- サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームに居住/生活上の問題はない

※合計には回答数と回収率から算出した人数(粗推計)を含む

## 第3章 基本理念と計画策定の考え方

### 第1節 計画の目指す姿

#### 1 基本理念

本市では、2017年度（平成29年度）に「第2次阿蘇市総合計画」を、2021年（令和3年）9月に「第2次阿蘇市総合計画（後期基本計画）」を策定しており、この計画の基本構想では、将来都市像を「人がつながり創りだす新しい阿蘇 ～ONLY ONEの世界へ～」として掲げています。それは、人とひと、人と自然、人と文化のつながりによる「力」をあらゆる分野の活力あるまちづくりに向けたチャレンジへの「力」とすることで、市民一人ひとりが誇りをもって住んでよかったと実感できる阿蘇市の創造をあらわしています。

後期基本計画では、誰もが安心して暮らせる生活環境と安定した地域経済の回復に必要な災害からの復旧・復興を発展に関する計画として、将来都市の達成に向け最優先に取り組むことにしています。

そのため、本計画は、総合計画における基本政策4「健康」の中で、高齢者保健福祉の分野別計画・個別計画としての位置づけを担います。

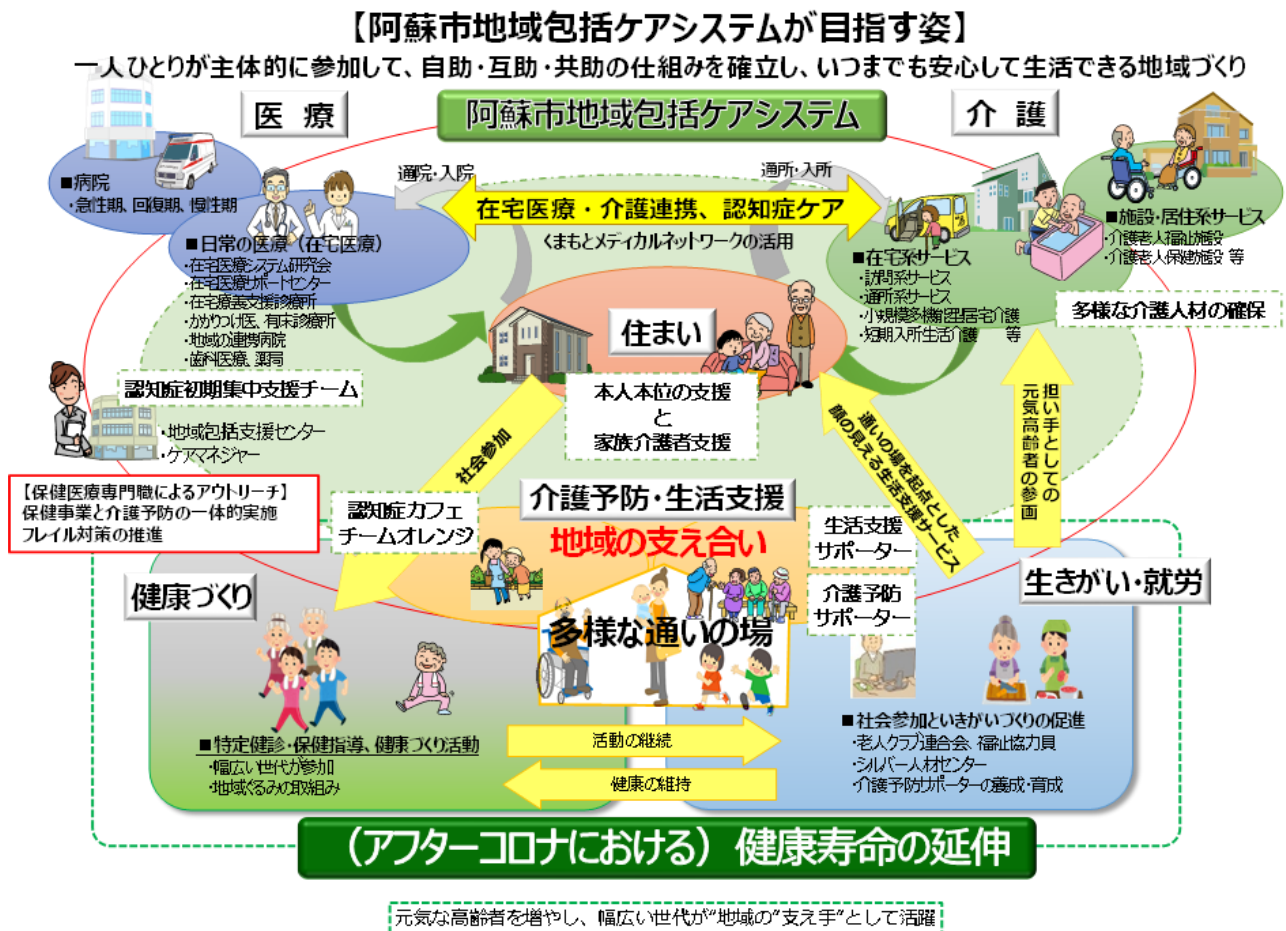
本計画においては、地域包括ケアの実現を目指しつつ、高齢者自らが健康づくりや介護予防に主体的かつ積極的に取り組むこと、そして生きがいのある自立した生活の実現に向けて「地域活動や就労、さらには生活支援サービスの新たな担い手」として活躍する高齢者像の実現を目指します。

また、本計画では、前計画における基本理念を引き継ぎ、その実現に向けた施策の継続的な展開を図りつつ、団塊の世代が75歳以上となる2025年（令和7年）までに達成すべき地域包括ケアシステム構築の姿と目指す目標に対して、この10年間の計画の評価を実施し、さらに2040年（令和22年）に向けた本市の状況を見据えた地域包括ケアシステムのあり方について検討します。

#### 阿蘇市高齢者いきいきプラン 基本理念

一人ひとりが主体的に参加して、  
自助・互助・共助の仕組みを確立し、  
いつまでも安心して生活できる地域づくり

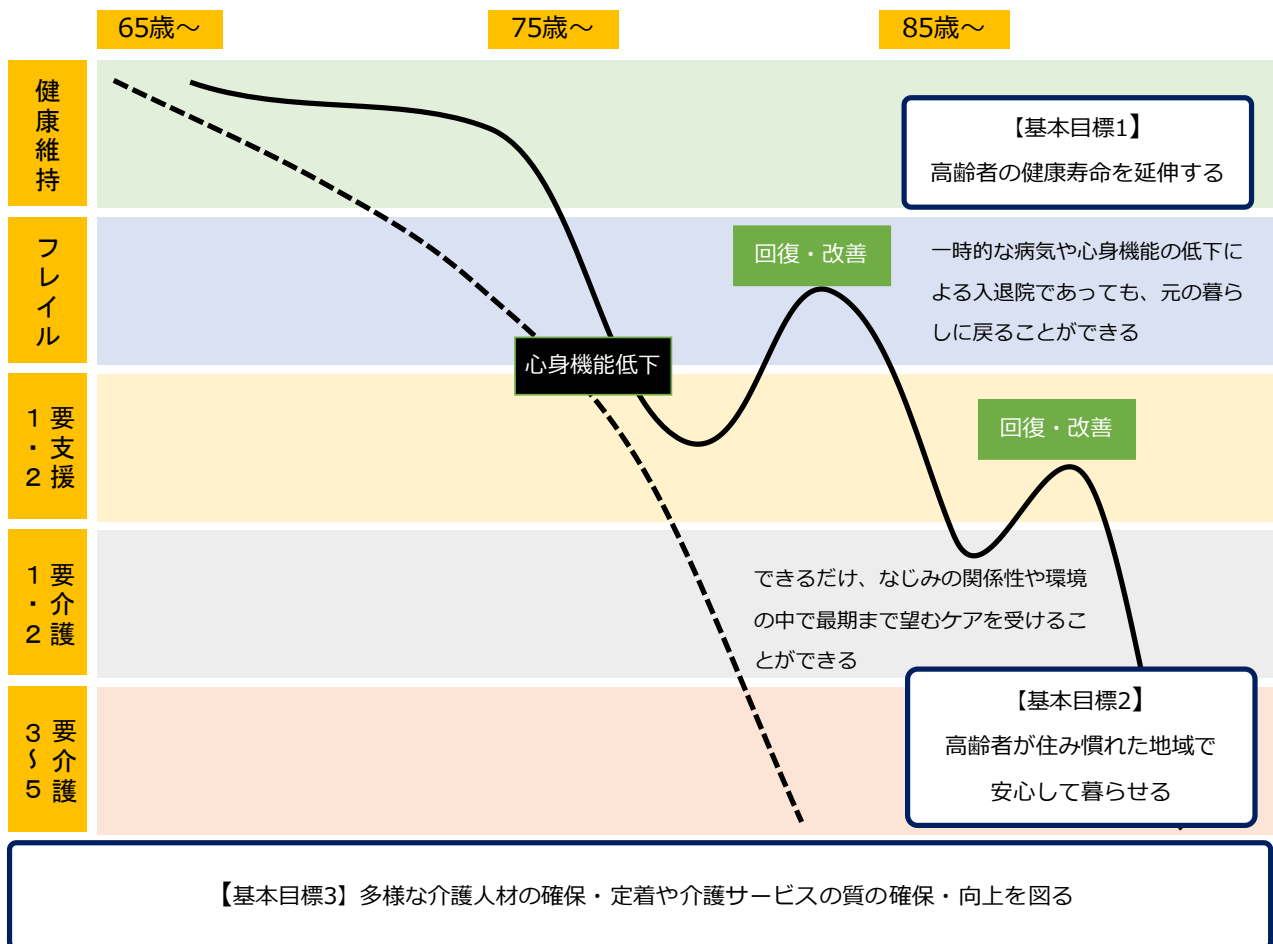
本計画では、阿蘇市地域包括ケアシステムが目指す「一人ひとりが主体的に参加して、自助・互助・共助の仕組みを確立し、いつまでも安心して生活できる地域づくり」の実現のため、生きがい・就労の促進や健康づくりを通じて元気な高齢者を増やし、幅広い世代が地域の支え手として活躍できるよう、多様な通いの場を拠点にした顔の見える地域の支え合いを推進します。



## 2 基本目標

本市は、高齢者の尊厳を保持した自立支援や重度化防止の取組を推進し、高齢者が安心して暮らし続けることができるよう、本計画の目指す姿の実現に向けて、高齢者の暮らしに応じた3つの目標に分け、地域との関係機関との連携により、本計画の目指す姿の実現に向けて取り組みます。

基本目標1	高齢者の健康寿命を延伸する
基本目標2	高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせる
基本目標3	多様な介護人材の確保・定着や介護サービスの質の確保・向上を図る



2040年(令和22年)を見据えた計画として、高齢者が一時的な病気や心身機能の低下による入退院があっても、元の暮らしに戻ることができるサービス提供体制、できるだけ、なじみの関係性や環境の中で最期まで望むケアを受けられるサービス提供体制の構築を目指します。



【基本目標】

基本目標 1	高齢者の健康寿命を延伸する
--------	---------------

【主要施策】

主要施策 1	高齢者の生きがいづくりと社会参加の促進
--------	---------------------

主要施策 2	健康づくりの推進
--------	----------

主要施策 3	住民主体の通いの場の充実
--------	--------------

主要施策 4	自立支援に向けた介護予防・日常生活支援総合事業の充実
--------	----------------------------

主要施策 5	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進
--------	------------------------

## 【方向性】

特定健康診査・後期高齢者健康診査の受診率の向上を図り、保健指導を丁寧に実施することで、生活習慣病の重症化を予防し、要介護状態となる疾患の発症を防ぎます。

また、特定健診・特定保健指導やがん検診などを通じて、市民の健康づくりを推進するとともに、老人クラブ活動やボランティア活動、介護予防サポーター<sup>15</sup>や就労など高齢者の活躍の場の創出と元気高齢者のマッチングを充実させ、元気な高齢者をはじめ幅広い世代が担い手となる健康長寿・生涯活躍のまちづくりを推進します。

一時的な病気や心身機能の低下による入退院があっても元の暮らしに戻ることができるように、循環型介護予防・生活支援エコシステムの構築に取り組みます。

さらに高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施<sup>16</sup>による国保データベース（KDB）システム<sup>17</sup>を活用した訪問健康支援により、生活習慣病重症化及び骨折を予防するとともに、コロナ禍で顕在化したフレイル<sup>18</sup>高齢者を「見つける・つなげる・支える」取組を充実させ、健康寿命の延伸を図ります。

ポピュレーションアプローチ<sup>19</sup>としては、健康づくりや、介護予防、社会保障についての意識啓発のため、健康教育や健康相談を実施していきます。

---

<sup>15</sup> 介護予防サポーター：介護予防の人材育成研修を修了し、市から認定された者で、地域で行われるさまざまな介護予防活動を支える人材。

<sup>16</sup> 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施：地域における高齢者の通いの場を中心とした、介護予防・フレイル対策（運動、口腔、栄養等）や生活習慣病などの疾病予防・重症化予防を一体的に実施する仕組み。

<sup>17</sup> 国保データベース(KDB)システム：国民健康保険中央会が特定健診・特定保健指導、医療、介護保険などに係る情報を利活用して、保険者向けに統計情報等を提供し、保険者の効率的・効果的な保健事業の実施をサポートするために開発されたシステム。

<sup>18</sup> フレイル：「加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態」を表す“frailty”の日本語訳として日本老年医学会が提唱した用語である。フレイルは、「要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。」（「フレイル診療ガイド 2018 年版」日本老年医学会／国立長寿医療研究センター、2018）

<sup>19</sup> ポピュレーションアプローチ：集団全体を対象として働きかけを行い、全体としてリスクを下げる取組方法。

【基本目標】

基本目標 2	高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせる
--------	----------------------

【主要施策】

主要施策 1	認知症の予防と共生
--------	-----------

主要施策 2	在宅医療・介護連携の推進
--------	--------------

主要施策 3	地域包括支援センターの機能強化と地域マネジメントの推進
--------	-----------------------------

主要施策 4	高齢者の虐待防止・権利擁護の推進
--------	------------------

主要施策 5	地域共生社会の実現に向けた取組の推進
--------	--------------------

主要施策 6	在宅生活を支える介護保険以外のサービスの提供
--------	------------------------

主要施策 7	生活支援体制整備事業の推進
--------	---------------

主要施策 8	高齢者向け住まいの確保の推進
--------	----------------

主要施策 9	防災対策・感染症対策の推進
--------	---------------

## 【方向性】

本市では、これまで多職種の参画を得て地域ケア会議を実施し、個別のケース検討を踏まえながら地域課題の把握・課題解決に向けた検討を行いました。地域ケア会議の充実に向けて、また地域ケア会議を戦略立案のかなめとして、地域支援事業4事業（「介護予防・日常生活支援総合事業、認知症総合支援事業、在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業」）の運動性を高める取組を図ります。

2023年（令和5年）6月に認知症の人が尊厳を保持しつつ、希望を持って暮らすことができるよう、施策を総合的に推進する「共生社会の実現を推進するための認知症基本法（認知症基本法）」が成立し、認知症の人を含めた国民一人ひとりがその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進することになります。認知症基本法では、「国・地方公共団体は、基本理念にのっとり、認知症施策を策定・実施する責務を有し、国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深め、共生社会の実現に寄与するよう努める」とされています。

本市においても、認知症施策の基本理念にのっとり、認知症に対する正しい理解をはじめ、施策の推進を図ります。特に認知症相談窓口に関する市民への認知度向上に向けた取組を実施するとともに、早期発見・早期対応の体制を拡充します。

また、認知症の高齢者が住み慣れた地域で生活するため、介護施設や医療施設、介護サービス事業者などと連携し、本人や家族を支援する認知症地域支援推進員<sup>20</sup>の活動活性化を図り、関係機関と連携して社会的なつながりを増やしながらか、認知症の人とその家族が安心して通える「通いの場」の拡充に取り組みます。

あわせて、認知症ケアパスの普及、認知症カフェの設置の推進、チームオレンジの設置による認知症の人の意思決定に基づく本人支援に取り組みます。

さらには、認知症初期集中支援チームの活動から抽出された地域課題を地域ケア会議で検討するなど認知症に関する情報の集約・周知広報から認知症高齢者への個別支援までを総合的に展開します。

他にも、成年後見利用促進計画に基づく成年後見制度の利用促進とあわせて、段階的・計画的な権利擁護支援の地域連携ネットワークの構築を図るとともに、住民に対する広報・普及活動、高齢者虐待の対応窓口、虐待防止に関する制度等の住民への周知・啓発に努めます。

阿蘇市地域包括ケアシステムが目指す、できるだけ、なじみの関係性や環境の中で最期まで望むケアを受けられることができるように、「くまもとメディカルネットワーク<sup>21</sup>」を活用した医療と介護の連携を推進します。

感染症対策を介護サービス事業者と連携して推進するとともに、近年、増加傾向にある災害に対する備えについても、地域や介護サービス事業者と連携して取り組みます。

<sup>20</sup> 認知症地域支援推進員：認知症の人ができるだけ住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、関係機関の連携支援のほか、認知症施策や事業の企画調整等を行う者。

<sup>21</sup> くまもとメディカルネットワーク：利用施設（病院・診療所・歯科診療所・薬局・訪問看護ステーション・介護施設等）をネットワークで結び、参加者（患者）の診療・調剤・介護に必要な情報を共有し、医療・介護サービスに活かすシステム。

## 【基本目標】

### 基本目標 3

多様な介護人材の確保・定着や介護サービスの質の確保・向上を図る

## 【主要施策】

### 主要施策 1

多様な介護人材の確保・定着に向けた取組の推進

### 主要施策 2

介護サービスの質の確保・向上に向けた取組の推進

## 【方向性】

介護予防サポーターや生活支援サポーター<sup>22</sup>による事業対象者・要支援認定者に対する通所や訪問サービスの充実や介護助手<sup>23</sup>の養成・活用など、多様な介護人材の確保・定着に向けた取組を推進します。

介護給付の適正化に向けて、ケアプラン<sup>24</sup>点検や医療情報突合・縦覧点検、リハビリテーション専門職の視点を取り入れた福祉用具・住宅改修の適正化に係る目標値設定及びその目標達成の評価を行うことで、介護サービスの質の確保・向上を目指します。

<sup>22</sup> 生活支援サポーター：サービス利用者の自宅を訪問し、掃除、洗濯、調理、ゴミ出しなどの身の回りの家事をお手伝いするボランティア。

<sup>23</sup> 介護助手：介護サービス事業所や介護保険施設において、身体介護などの専門的な業務以外の仕事を担い、介護職をサポートする職種。介護補助職や介護補助員と呼ばれることもある。地域の元気高齢者が「介護助手」として雇用され、元気高齢者が介護業界の支え手となってもらうことが期待される。

<sup>24</sup> ケアプラン：在宅の要介護者等が介護サービスを適切に利用できるように、心身の状況、生活環境、サービス利用の意向等を勘案して、サービスの種類、内容、時間及び事業者を定めた計画。

## 第2節 施策の推進体制

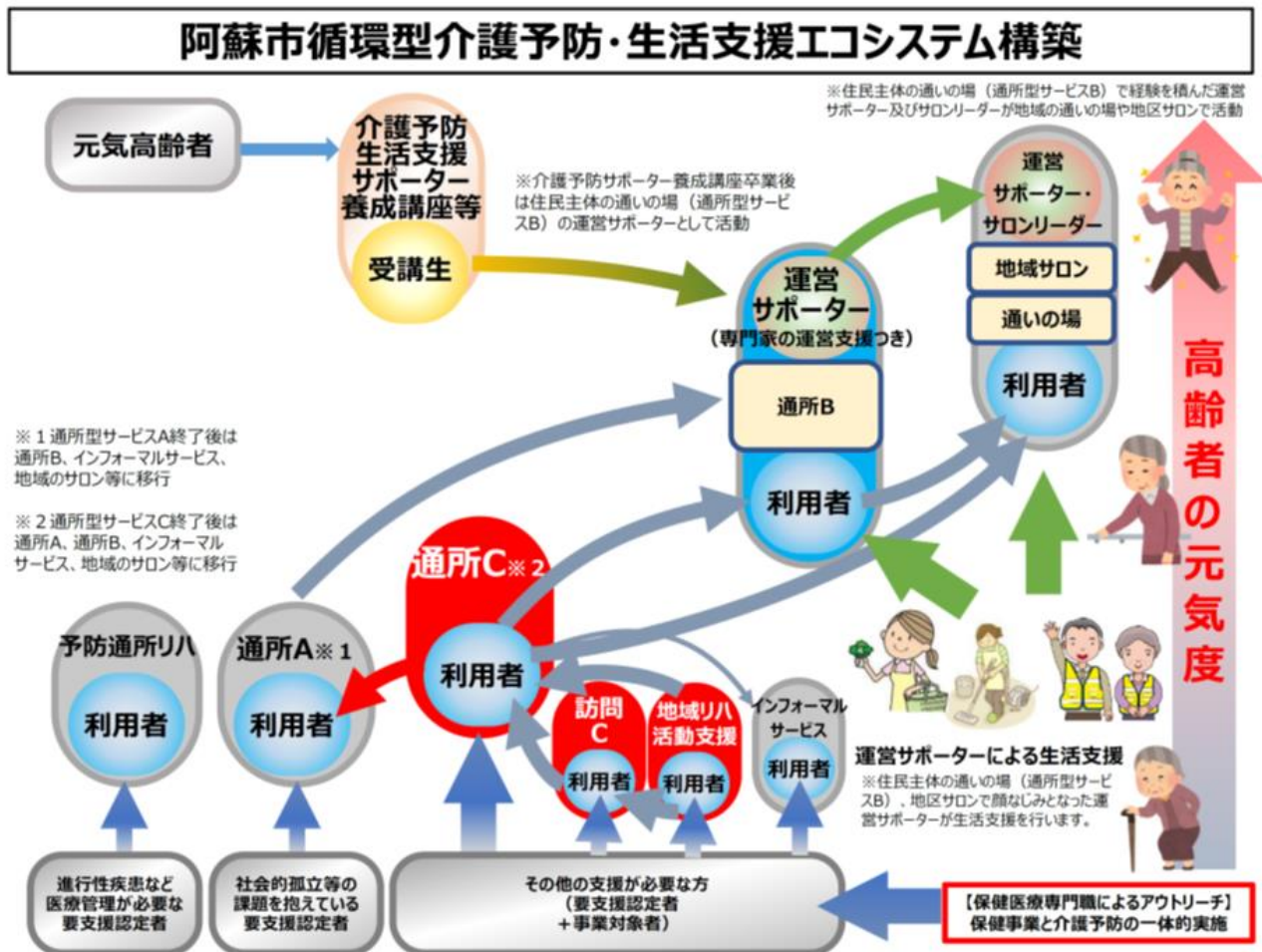
### 1 重点施策

本市では、介護予防サポーターが担い手として活躍する、歩いて通える公民館等での通いの場の拡充に取り組むとともに、事業対象者及び要支援認定者の自立支援に向けてリハビリテーション専門職等を活用した「通所型サービスC」を実施し、事業対象者や要支援認定者が元気になって、地域の通いの場に参加する取組を推進しています。

本計画では、上記の取組に加え、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施によりフレイル高齢者を早期に把握し、通所型サービスCや通いの場への接続を図ります。

また、通いの場や通所サービスにつながらない高齢者には、訪問による短期集中的な自立支援を組み合わせ、社会参加の促進と社会的なつながりの再創出を図ります。

さらに、地域の多様な通いの場を拠点として、運営サポーターをはじめとした有償・無償のボランティアによる顔の見える関係性の中で生活支援サービスを提供することで、今後、不足が見込まれる生活支援サービスの拡充を図ります。



## 2 数値目標設定

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

【総合事業の数値目標設定（効率的・効果的な総合事業の実施）】

### 1 事業の有効性

#### (1) 介護予防の推進

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
①第1号被保険者新規要介護（要支援）認定者発生率	4%以下	4%以下	4%以下
②第1号被保険者要介護（要支援）認定率	21.0%	20.0%	19.5%
③主観的健康観の高い者の割合		+10%	
④主観的幸福感の高い者の割合		+5%	
⑤週1回以上の社会参加者の割合		+10%	

※③・④・⑤は介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を用いて評価を実施

#### (2) 自立支援に向けた環境整備

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
⑥週1回以上通いの場の箇所数（箇所）	50	55	60
⑦週1回以上通いの場の参加者の割合	12.0%	13.0%	15.0%
⑧通所C・訪問Cから通いの場への接続件数（件）	30	30	30
⑨保健事業から地域包括支援センター等への接続件数（件）	30	30	30

### 2 事業の効率性

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
①予防給付と総合事業総額の伸び率	後期高齢者数の伸び率を下回る		
②介護給付・予防給付・総合事業総額の伸び率	後期高齢者数の伸び率を下回る		

### 3 計画の推進に向けて

#### (1) PDCA サイクルによる進行管理

高齢者の自立支援・重度化防止等の取組を確実に推進するためには、達成しようとする取組や目標、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの特徴を明確にした介護保険事業計画を作成し、取組や目標達成に向けた活動を継続的に改善する手法である、PDCA サイクルを活用しながら介護保険事業計画の進捗を管理し、保険者機能を強化していくこと、進捗管理で把握された課題を踏まえて、計画を見直すことが重要です。

介護保険法により「市町村は、施策の実施状況及び目標の達成状況に関する調査及び分析を行い、計画の実績に関する評価を行う」、「評価の結果を公表するよう努めるとともに、これを都道府県知事に報告する」とされています。

このことから、本市では、「介護保険事業計画に記載した自立支援、介護予防又は重度化防止及び介護給付の適正化に関する取組と目標に係る評価結果」を市のホームページで公表します。

#### (2) 庁内における計画の推進体制

計画を進めるにあたっては、庁内の関係部署と協議を行い、本市の現状や課題を把握し、今後の方向性などを共有します。

#### (3) 介護保険事業計画におけるロジックモデルの活用

計画の目指す姿に向けて、効果的に介護保険事業を行っていくためには、ロジックモデル<sup>25</sup>を活用して、関係者の意識を共有するとともに、事業の分析・評価、必要に応じて事業の見直しを行うことが有効と考えられます。

このことから、市町村における介護保険事業に関わる汎用的なロジックモデルを活用し、これをもとに事業の実施状況や効果を確認するための指標を設定します。

---

<sup>25</sup> ロジックモデル：施策が目標とする成果を達成するに至るまでの論理的な関係を体系的に図式化したもの。



# 4 施策体系



阿蘇市地域包括ケアシステムの構築・深化

# 各 論

# 第1章 高齢者の健康寿命を延伸する

## 第1節 高齢者の生きがいづくりと社会参加の促進

### 1 老人クラブの活動の活性化

阿蘇市老人クラブ連合会は、会員相互の親睦と融和を図り、福祉の増進に努め、高齢者等の自立厚生及び社会的地位の向上発展を期することを目的とする団体です。

高齢者の見守り活動やふれあいサロン活動など地域福祉活動の担い手として重要な役割を果たしていますが、県内の他の地域と同様に老人クラブの会員数の伸び悩みや会員の高齢化が課題となっています。

会員の健康づくりや社会奉仕などの活動を通じて、さらに魅力ある老人クラブとして活動内容の充実が図られるよう、今後も老人クラブの活動を支援します。

### 2 就労による生きがいづくりへの支援

阿蘇市シルバー人材センターでは、地域社会の活性化と高齢者自身の生活の充実や生きがいづくりを目的に高齢者就労の場の確保と提供を行っています。

高齢期の生活資金の確保だけでなく「生涯現役生活」を実現するためにも、今後もシルバー人材センターの活動を支援します。

### 3 生涯学習・生涯スポーツの推進

本市では、就業改善センターをはじめとする社会教育に係る各施設や地区公民館などを活用した生涯学習の総合的な推進に取り組んでいます。

「生涯を通じて学べる環境の整備充実」を重点努力事項に掲げ、社会教育の推進を図り、多くの方々が趣味を持ち、教養を高め、笑顔あふれる明るい毎日を送ることができるよう、生涯学習講座を開催しています。

生涯学習講座では、一般講座やパソコン講座のほか、特別講座としてスマートフォン講座も開催しています。

また、就業改善センターや阿蘇公民館などでは、自主講座（サークル）を多数開催しています。今後も生涯学習講座や公民館活動の充実を図るとともに、生涯学習講座をとりまとめたパンフレットの配布や広報誌による情報提供など、市民の生涯学習に対して総合的な支援を行うことで、高齢者の生きがいづくり、仲間づくりを推進します。

また、高齢者が長く健康で暮らしていくためには、自身の健康状態や運動能力に応じたスポーツ活動も大事になります。今後も高齢者が主体的に取り組むことができるスポーツ活動を通して、高齢者の心身の健康づくりを支援します。

## 第2節 健康づくりの推進

### 1 特定健康診査・後期高齢者健康診査の受診率向上

2021年度（令和3年度）における特定健康診査の受診率は50.4%、後期高齢者健康診査の受診率は20.1%、後期高齢者歯科口腔健康診査の受診率は4.1%となっており、毎年度、少しずつ上昇しています。また、特定保健指導の実施率は77.7%となっています。

健康診査を受けることにより、健康上のリスクの保有状況を客観的に理解し、今後起こりうる疾病や合併症を予測し、未然に防ぐことができます。健康診査のデータをもとに、生活習慣の改善や受診勧奨などの保健指導を実施します。

高齢者を健康に過ごすためには、若い時から健康づくりや生活習慣病の発症予防、重症化予防に取り組む必要があります。本市の健康増進計画及び食育推進計画、データヘルズ計画、医療費適正化計画に基づく取組を行います。

また、若い世代から健康行動を定着させるため、熊本健康アプリ「もっと健康！げんき！アップくまもと」<sup>26</sup>の利用者を増やす取組を行います。

### 2 がん検診の受診率向上

胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮がんなどの検診を実施し、がんの早期発見、早期治療に努めています。

費用の助成や個別検診を実施し、受診しやすい環境整備を行っていますが、受診率は横ばいであることから、未受診者へのノギキでの受診勧奨やセット検診の実施などにより、今後も受診率の向上に努めます。

(参考) 主ながん検診の受診率

	胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮がん
令和3年度	11.1%	17.0%	13.9%	24.4%	24.3%

<sup>26</sup> 熊本健康アプリ「もっと健康！げんき！アップくまもと」：歩くなど日々の健康づくり活動を行うことでポイントが付与され、ポイントが貯まると協力店等で特典を受けることができるアプリ。気軽に楽しみながら生活習慣の改善につなげ、市民の健康増進や健康寿命の延伸を図ることを目的として、熊本連携中枢都市圏域事業において実施している。

## 第3節 住民主体の通いの場の充実

### 1 介護予防サポーターの発掘・養成

介護予防サポーター養成講座は、介護予防教室や介護予防に関わるボランティアの発掘・育成を行う事業です。

これまで、介護予防・生活支援サービスの担い手となる人材の育成を図ってきましたが、地域の通いの場における活動に結び付いていないなどの課題があります。

今後は、元気高齢者との接点を活用して、地域の元気な高齢者を介護予防サポーターとして育成し、量的な確保を図ります。

また、介護予防サポーターが地域の通いの場の運営に積極的に取り組むことができるよう、通所型サービスB<sup>27</sup>を介護予防サポーターの育成及び派遣調整、現任研修の場とすることで質的な確保を図ります。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防サポーター養成講座受講者数（人）	60	70	80

### 2 住民主体の通いの場の充実

新型コロナウイルス感染症の影響により休止や実施回数や参加者数が減少したサロンが多くあり、今後は、各地区の状況にあわせた運営支援が必要です。

既存のサロンの活動再開や参加者数の増加に向けた積極的な支援と住民主体の通いの場の新規立ち上げの支援を推進し、各地区で住民主体の通いの場が継続して開催されるよう支援します。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
週1回以上の通いの場の数（箇所）	30	40	50

<sup>27</sup> 通所型サービスB：生活機能向上のための機能訓練を行うミニデイ、運動、レクリエーションを提供する住民主体によるサービス。

# 第4節 自立支援に向けた介護予防・日常生活支援総合事業の充実

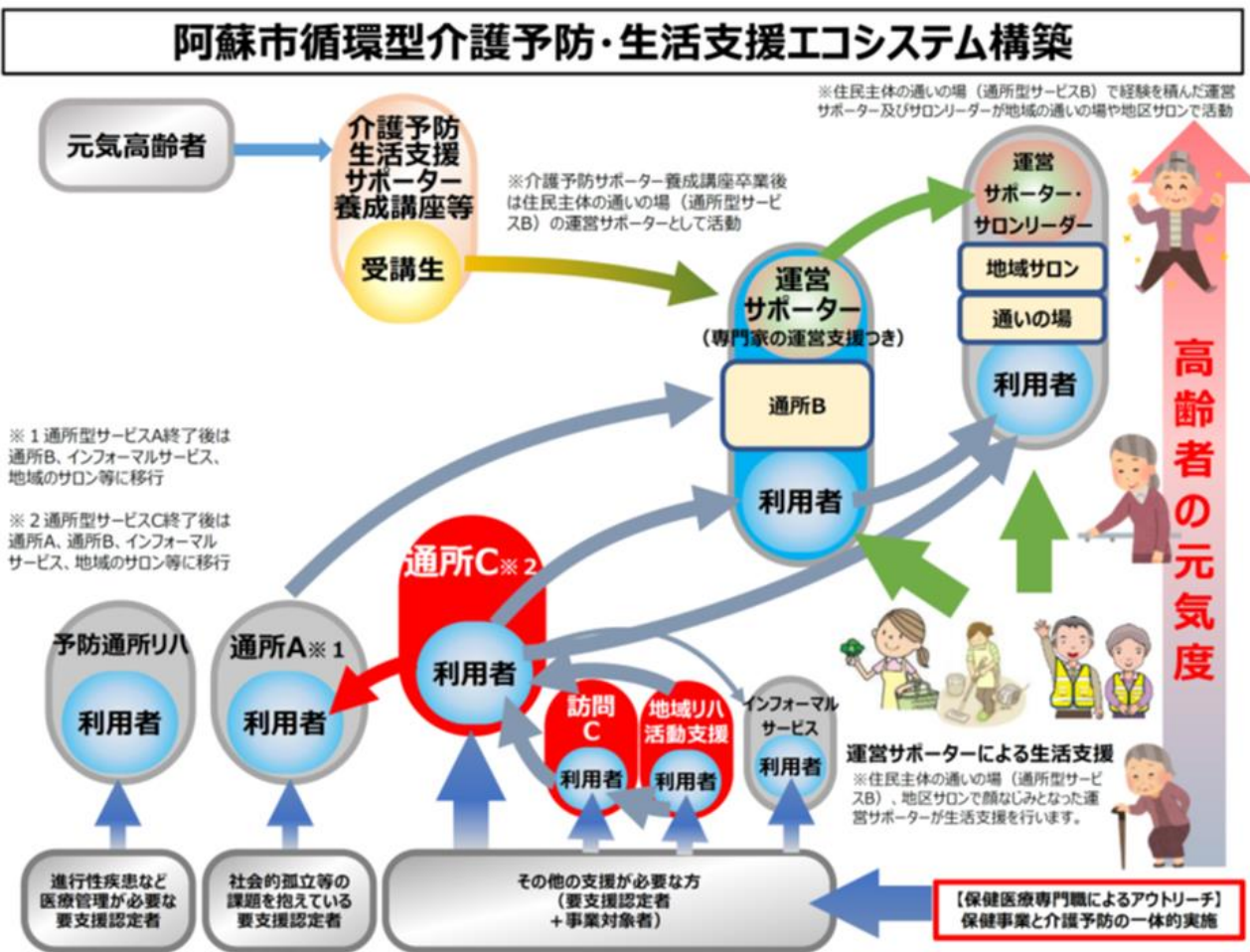
## 1 循環型介護予防・生活支援エコシステムの構築推進

循環型介護予防エコシステムとは、フレイル高齢者や事業対象者、要支援認定者が、リハビリテーション専門職などが関わる短期集中的なプログラムを通じて元気になり、地域の多様な通いの場などの社会参加につながっていく仕組みです。

本市では、この循環型介護予防エコシステムをさらに拡充し、地域の多様な通いの場を拠点として、通いの場の運営サポーターによる顔の見える関係性の中で生活支援サービスを提供する通いと訪問を一体化した「循環型介護予防・生活支援エコシステム」の構築を目指します。

また、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施や高齢者訪問によりフレイル高齢者を早期に把握し、循環型介護予防・生活支援エコシステムに接続することでさらなる充実を図ります。

(再掲)





## 2 介護予防・生活支援サービス事業の推進

事業対象者及び要支援認定者に提供される介護予防・生活支援サービス事業は、訪問介護サービス事業所と通所介護サービス事業所によって提供されています。今後は、多様な主体によるサービスの提供を図ります。

また、介護予防・生活支援サービス事業の対象者については、一部のサービスでは、要支援段階でサービスを利用していた高齢者が要介護状態になっても、市町村判断で引き続き事業の対象とすることが可能になりました。今後の要介護認定者数や受け入れ体制を見ながら対象の範囲について検討します。

### (1) 訪問型サービス (第1号訪問事業)

訪問型サービスA	
事業内容	訪問介護員（ヘルパー）による掃除、洗濯、調理、買い物などの生活支援及び、入浴介助を受けることができるサービス
対象者	要支援認定者（高齢者のみの世帯）
サービス提供者	訪問介護サービス事業所
実施方法	事業者指定
現状・方向性	市内7箇所の事業所を指定し、訪問サービスを行っています。第8期計画の期間中は目標値を超える利用実績となっており、今後も高い需要が見込まれます。一方で、訪問介護員の不足により、訪問が難しいエリアが出ており、今後は、供給量の不足が課題です。介護人材確保の取組と人材不足を補填する代替サービスについて、検討を進めます。

訪問型サービスB	
事業内容	住民の自主運営による掃除、洗濯、調理、買い物などの生活支援を受けることができるサービス
対象者	要支援認定者・事業対象者（ともに高齢者のみの世帯）
サービス提供者	住民主体
実施方法	ボランティアなどによる自主運営
現状・方向性	第8期計画の期間中には利用実績がありませんでしたが、生活支援体制整備事業の中でボランティアのマッチング業務などを行っており、代替サービスとなっている状況です。今後は、生活支援体制整備事業などから本サービスの担い手の育成にも取り組み、サービスの継続を図ります。

訪問型サービスC	
事業内容	保健師やリハビリテーション専門職等の保健・医療専門職が利用者の自宅を訪問し、自立に向けた支援を行うサービスです。 心身機能・活動・参加のバランスよくアプローチし、住民主体の通いの場等へ参加などの社会参加向上を図ります。介護予防手帳等を活用し参加者のセルフケア <sup>28</sup> 能力を高める働きかけを行います。
利用期間	3か月から6か月間
対象者	要支援認定者・事業対象者
サービス提供者	受託事業所
実施方法	事業所委託
現状・方向性	第8期中画から実施を検討しましたが、新型コロナウイルス感染症の影響により、専門職の自宅訪問が困難となり、実施ができませんでした。本計画において、あらためて実施に向けた体制づくりを検討します。

訪問型サービスD	
通院等及び一般介護予防事業における移動支援や移送前後の生活支援を行うサービスです。当サービスでは、まちづくりの観点からも有効なサービス類型として捉え、関係部局及び協議体で慎重に精査し、検討を進めます。	

<sup>28</sup> セルフケア：「自分の健康は自分で守る」という考え方を理解し、そのために必要な知識、技法を身につけ、日常生活の場でそれを積極的に実施できること。

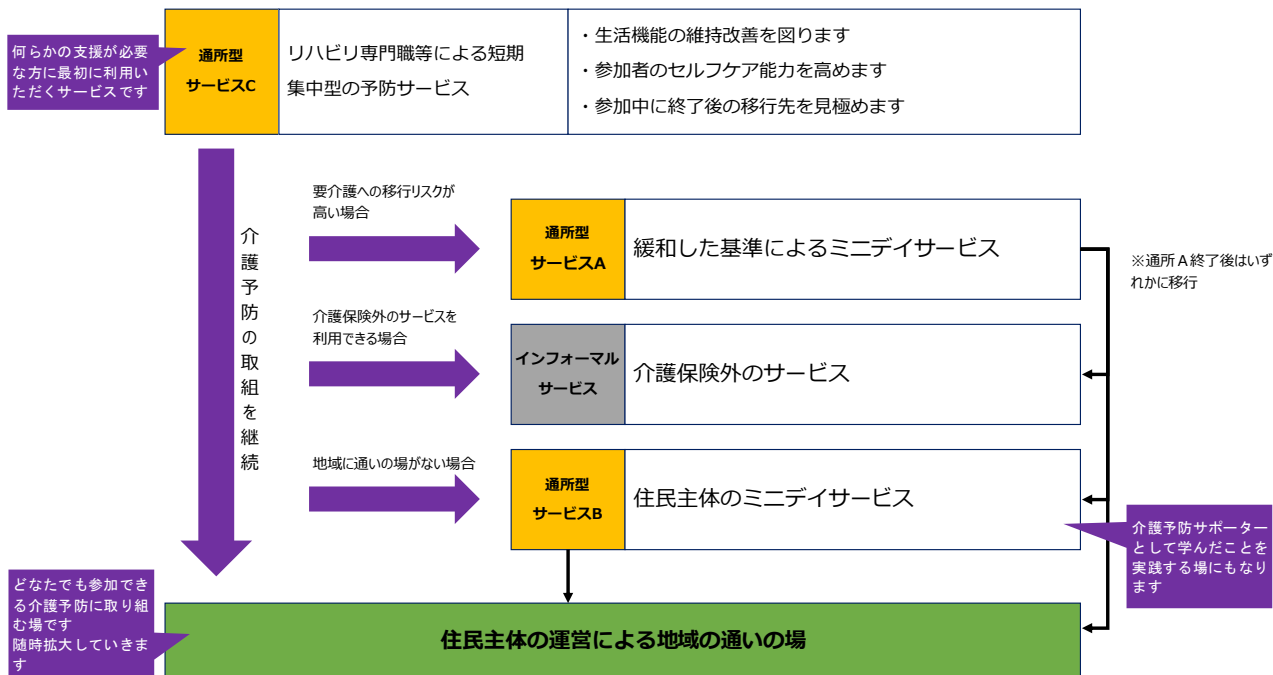


## (2) 通所型サービス (第1号通所事業)

基本的な流れとして、最初に「通所型サービスC」を利用し、心身の機能回復とセルフケアの定着を図ります。

本人の介護予防の取組が継続するよう、参加中に終了後の移行先を見極めます。

【通所型予防サービス利用のイメージ】



通所型サービスC	
事業内容	リハビリテーション専門職などの訪問によるアセスメントと通所での機能訓練を組み合わせた多職種による短期集中予防サービスです。 心身機能・活動・参加のバランスよくアプローチし、住民主体の通いの場等へ参加などの社会参加向上を図ります。介護予防手帳等を活用し参加者のセルフケア能力を高める働きかけを行います。
利用期間	概ね4か月間（週1回）
対象者	要支援認定者・事業対象者
サービス提供者	受託事業所
実施方法	事業者委託
現状・方向性	地域包括支援センターへ相談後、本人の状態にあわせて通所型サービスC事業へつなぎ、心身の機能回復とセルフケアの定着を図り、概ね4か月利用後は住民主体の通いの場へつなげることを目標に取り組んでいます。第8期計画期間中は、新型コロナウイルス感染症の影響により、対象者の把握が進まず、利用者数の増加は図れませんでした。本計画ではあらためて利用者の掘り起こしと、PDCAサイクルの展開を進めます。

通所型サービスA	
事業内容	生活機能向上のための機能訓練を行うミニデイ、運動、レクリエーションなどを行うサービスです。参加者のセルフケア能力を高める働きかけも行います。
利用期間	概ね6か月（週1回）
対象者	通所型サービスCを終了した要支援認定者・事業対象者のうち、 ・通所型サービスC利用中のアセスメントにより、要介護への移行リスクが高いと判断された方 ・社会的孤立などの課題を抱えている方
サービス提供者	通所介護サービス事業所
実施方法	事業者指定／委託
現状・方向性	通所型サービスA利用期間中に6ヶ月後の目標を設定し、参加者の社会参加とセルフケア能力を向上することで、サービスからの卒業及び介護度の重度化防止に継続して取り組みます。

通所型サービスB	
事業内容	生活機能向上のための機能訓練を行うミニデイ、運動、レクリエーションを提供する住民主体によるサービスです。介護予防サポーターの育成及び現任研修の場としての性格もあります。
利用期間	ケアマネジメントによって決定
対象者	通所型サービス A、通所型サービス C を終了した要支援認定者・事業対象者のうち、 <ul style="list-style-type: none"> <li>・歩いて通える場所に毎週型の介護予防に取り組む環境がない方</li> <li>・買い物支援及び送迎を伴う参加が必要な方</li> <li>・後方支援がある状態での取組が必要な方 など</li> </ul>
サービス提供者	介護予防サポーター等
実施方法	事業者委託によって住民主体の運営を支援
現状・方向性	他の事業、サービスから本サービスへの接続に課題が見られます。地域包括支援センターとの連携を図り、事業の方向性を検討します。

### (3) 介護予防ケアマネジメント

地域包括支援センターが指定介護予防支援事業者として、本人の意向や心身の状態、家族の意向などを確認した上で、自立支援や介護予防に向けて必要なサービスを検討し、適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な支援を行います。

相談窓口や関係機関との連携により要支援になる可能性の高いハイリスク者を早期に把握し、重症化予防対策として、介護予防及び日常生活支援サービスについて、ケアマネジメントを行います。

今後も要支援になる可能性の高いハイリスク者を早期に把握し、重症化予防対策として利用者の状態などにあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な支援を行います。

### 3 一般介護予防事業の推進

#### (1) 介護予防把握事業

75歳到達者が参加する後期高齢者医療被保険者証交付式において実施する質問票や、本人や家族などからの相談、関係機関との連携により、閉じこもりなどの何らかの支援を必要とする方を早期に把握し、必要に応じて地域包括支援センターの職員による訪問活動を行っています。

今後も介護予防・生活支援サービス事業や住民主体の通いの場などへつなげるため、地域包括支援センターの職員による訪問活動を行っていきます。

#### (2) いきいき教室（介護予防普及啓発事業）

65歳以上の方を対象に、運動、栄養、口腔に関する介護予防を支援する教室を各地区で開催しています。現在、地域包括支援センターの職員が各地区へ訪問して開催していますが、前期高齢者（65歳以上75歳未満）の参加者が少ない状況です。

今後はいきいき教室に看護師などの専門職を派遣し、フレイルに関する普及啓発や高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施と連携するなど前期高齢者への普及啓発を推進します。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
いきいき教室参加者数（人）	600	650	700

#### (3) 定期訪問・見守り活動事業（地域介護予防活動支援事業）

「阿蘇市やまびこネットワーク<sup>29</sup>」による地域の認知症高齢者も含めた見守り活動を行っています。

また、見守り活動を通して気になる方には、地域包括支援センターの職員による連絡や訪問支援を行っています。今後は、見守り活動を行う地域住民に対するフォローアップ研修の開催などを推進します。

#### (4) 地区サロン活動事業（地域介護予防活動支援事業）

住民が主体となって取り組む通いの場における運動や体操を促進する事業です。地域にお住まいの住民が気軽に集える場所をつくることで、仲間づくり、出会いの場づくり、健康づくりをするための活動です。参加者の高齢化やサロンリーダーの担い手不足に加え、新型コロナウイルス感染症による外出控えなどをきっかけとした参加者数の減少が課題となっています。今後も住民主体の通いの場づくりを増やすためにサロンリーダーの担い手育成に努めます。

#### (5) 一般介護予防評価事業

地域づくりの観点から介護予防・日常生活支援総合事業全体を評価し、通いの場参加者の評価や効果分析などを行い、評価結果に基づき事業をより良いものとするため改善に努めます。

また、同事業によるサービスの効果的・効率的な提供を促進する観点から、市、地域包括支援センター、事業者などが、事業の目的やそれに向けてそれぞれが実施すべきことを明確に理解する場を設け、情報共有と意識統一を促進します。

<sup>29</sup> 阿蘇市やまびこネットワーク：社会福祉法人阿蘇市社会福祉協議会が、平成18年度から地域の助け合い、見守り、声かけ活動を強化する仕組みとして取り組む地域ネットワーク活動。

## **(6) 地域リハビリテーション活動支援事業**

介護予防活動におけるリハビリテーション効果を高めるため、通所、訪問、通いの場などへリハビリテーション専門職などを派遣し、助言などを行う事業です。阿蘇地域リハビリテーション広域支援センターのリハビリテーション専門職を講師にサロンリーダー養成講座や介護支援専門員（ケアマネジャー）研修会を開催しています。

今後も阿蘇地域リハビリテーション広域支援センターと連携し、介護予防活動を支援します。

## 第5節 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進

わが国では、かつてない高齢化が進行しており、本市の高齢化率は、2023年（令和5年）には39.7%となり、全国平均・県平均・人口規模が同じ市町村と比較しても高く推移しています。

高齢化に伴い増加する医療費や介護給付費などを抑制するため、2019年（令和元年）に医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律が施行されたことにより高齢者の医療の確保に関する法律（高確法）が改正され、保険者である市が国民健康保険事業や地域支援事業と一体的になって高齢者の保健事業を実施していくものとなりました。

本市は、2020年度（令和2年度）より熊本県後期高齢者医療広域連合の委託を受け、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っています。

特に後期高齢者は、複数の慢性疾患に加えフレイル状態になりやすく、心身の多様な課題に対応してきめ細かな支援が必要です。

医療保険等情報（一体的KDBシステムなど）を活用し、国民健康保険事業で実施している生活習慣病の重症化予防を軸に、後期高齢者でも本事業を展開していくことで健康寿命の延伸及び医療費の適正化を図ることを目的としています。

### 1 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

#### (1) 生活習慣病などの重症化予防事業（個別支援）

後期高齢者の中でも予防効果の高い年齢層（80歳未満）から優先的に健康診査受診者で生活習慣病などの重症化リスクの高い対象者に対して、訪問相談、保健指導、受診勧奨などを実施します。

#### (2) 重複多剤服薬者への個別支援事業

日本老年医学会「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」では、1日の服薬数6・7種類以上で薬物有害事象の発生増加が報告されていることから、阿蘇郡市薬剤師会との協力・連携のもと、薬剤師が薬剤処方状況をアセスメントし、薬剤の有害事象を最小限にするための個別支援（面談・訪問）を行います。

#### (3) 健康状態不明者等の実態把握

交付基準の必須項目であり、健診、医療、介護データがない健康状態が不明な高齢者や閉じこもりの可能性のある高齢者などの実態を把握し、必要なサービスへの接続を行います。

#### (4) 通いの場などへの積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）

通いの場などで健康寿命延伸のための普及啓発・健康教育・健康相談を実施します。

##### ア 普及啓発

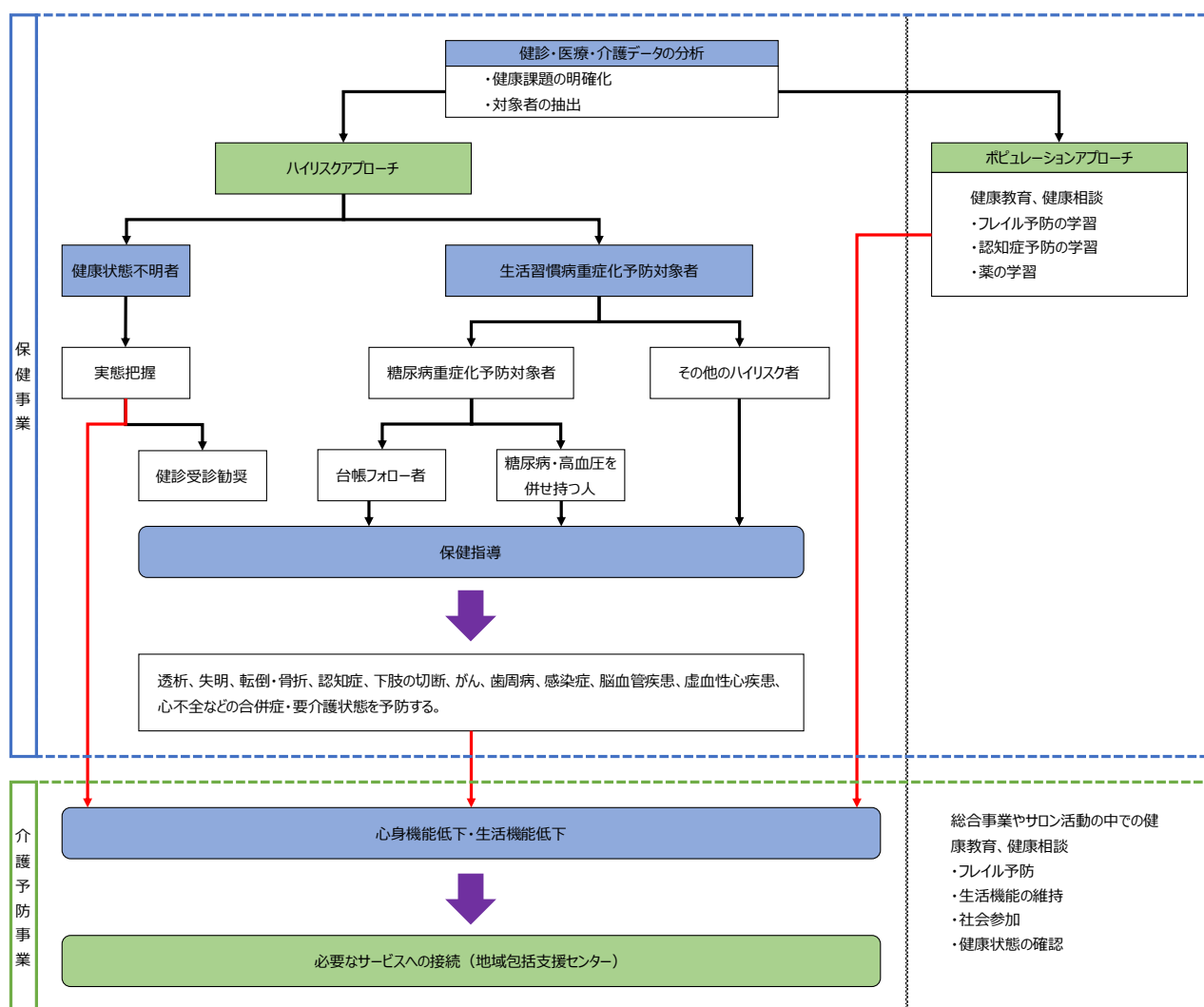
- ・ フレイル予防の学習
- ・ 認知症予防の学習
- ・ 薬の学習 など

##### イ 健康教育

- ・ 後期高齢者医療被保険者証交付式参加者
- ・ 健康づくり推進員<sup>30</sup> など

##### エ 健康相談

- ・ 後期高齢者医療被保険者証交付式 など



<sup>30</sup> 健康づくり推進員：すべての市民が生涯を通じた健康づくり活動を行い、心身共々いきいきと健康で過ごす事ができるように支援するために設置する。市の保健事業に協力し、地区の健康づくりリーダーとして活動を行う。

## 2 高齢者の生活習慣病の重症化予防

後期高齢者医療制度における保健事業は、疾病の発生予防や重症化予防に積極的に取り組み、ひいては医療費の適正化を図ることを目的としています。

国保データベース（KDB）システムから抽出したハイリスクアプローチ<sup>31</sup>対象者に対して、生活習慣病の治療状況やコントロール状況を確認し、必要に応じてかかりつけ医や薬剤師との連携を図りながら、生活習慣の改善を図り、生活習慣病の重症化による入院をできるだけ予防します。

## 3 高齢者の心身機能の低下防止

生活習慣病重症化予防を目的とした個別訪問、後期高齢者健康診査で把握されたフレイルの疑いがある高齢者に対しては必要に応じて地域包括支援センターや地域の通いの場への接続、身体的フレイルに該当する高齢者に対しては通所型サービスCへの接続など必要なサービス利用への調整を行います。

また、必要な介護予防事業への接続から対象者の生活機能の維持・改善を図れるよう地域包括支援センターとの連携を図ります。

---

<sup>31</sup> ハイリスクアプローチ：健康障害を引き起こすリスクのうち、特にリスクが高い高齢者に対して、そのリスクを下げるように働きかける個別的な支援。



## 第2章 高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせる

### 第1節 認知症の予防と共生

#### 1 認知症への正しい理解と相談窓口の周知、本人発信支援の推進

##### (1) 認知症サポーターの養成

認知症に関する正しい知識を持って、地域や職域で認知症の人やその家族を手助けする認知症サポーターを養成するため、認知症サポーター養成講座を行っています。

認知症サポーターの養成に積極的に取り組んでいく中で、一般の方だけでなく小・中学生を対象とした講座を開催します。

今後は、キャラバン・メイトのフォローアップ研修などへの積極的な参加を勧奨し、実働人数の確保に取り組めます。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症サポーター養成講座受講者数（人）	300	300	300

##### (2) 認知症サポーターの活動の活性化

2010年度（平成22年度）から認知症サポーター養成講座を開始し、これまでに1万人を超える認知症サポーターを養成してきましたが、講座の受講までとなっており実働ができる認知症サポーターが少ないという課題があります。

今後は、これまで養成講座を受講した方へのステップアップ講座を実施し、新しい情報共有や次のステップとして認知症との関わり方の深い成年後見制度について、知識を深める機会を創出します。

また、認知症地域支援推進員と連携し、介護施設や地域の認知症カフェなどでの活動の場を創出し、これまで養成してきたサポーターへのフォローアップとして、認知症サポーター上級者の養成に努めます。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
ステップアップ講座受講者数（人）	10	10	10
認知症サポーター上級者養成者数（人）	10	10	10

##### (3) 認知症相談窓口の周知に向けた取組の推進

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において、「認知症に関する相談窓口を知っているか」の問いに「知っている」と回答した方は35.2%でした。前回（34.1%）と比較してわずかに増加しましたが、依然として低い認知度です。

認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、多くの人にとって身近なものになっています。その一方で、身近な地域で早い段階から認知症について相談でき、また、認知症の経過に伴って生じる生活上の様々な問題についても、認知症に精通した人々が継続して対応することにより、理解を促しながら適切な情報を提供し、症状に合わせた対応の工夫や生活環境の改善、家族関係の調整に向けた助言などの相談支援ができるような体制づくりを目指します。

#### **(4) 認知症の本人からの発信支援の推進**

「認知症施策推進大綱」（令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議）では、認知症本人大使「希望大使」が創設されました。これは、認知症の本人が体験や思いをまとめた「認知症とともに生きる希望宣言」を作成し、希望を持って前を向き自分らしく暮らし続けることを目指したものです。

認知症の本人が、認知症のこと、地域や生活のこと、家族のことなどを語る機会を増やすことで、認知症の理解を深めることにつながります。

今後は、認知症家族の会への参加などを通して、認知症の人の話を聞く機会を増やし、認知症の本人が発信しやすい環境づくりを進めます。

## 2 認知症の予防の推進

### (1) 認知症の予防についての理解の促進

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

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

今後は、一般介護予防事業などの機会を通じて、市民全体の認知症の予防についての理解促進を図ります。

### (2) 物忘れがある人が安心して参加できる通いの場の展開

主観的な物忘れがある高齢者や主観的な物忘れがあり歩行速度が低下している高齢者は、認知症への移行リスクが高いことが分かっています。

そのため、認知機能が正常で元気なうちから、認知機能が低下しても通い続けることができる通いの場の展開を図るとともに、認知症地域支援推進員が中心となって、主観的な物忘れがある高齢者とその家族が安心して通うことができる認知症カフェを設置しています。

### 3 認知症医療・ケア・介護サービス・家族介護者への支援の推進

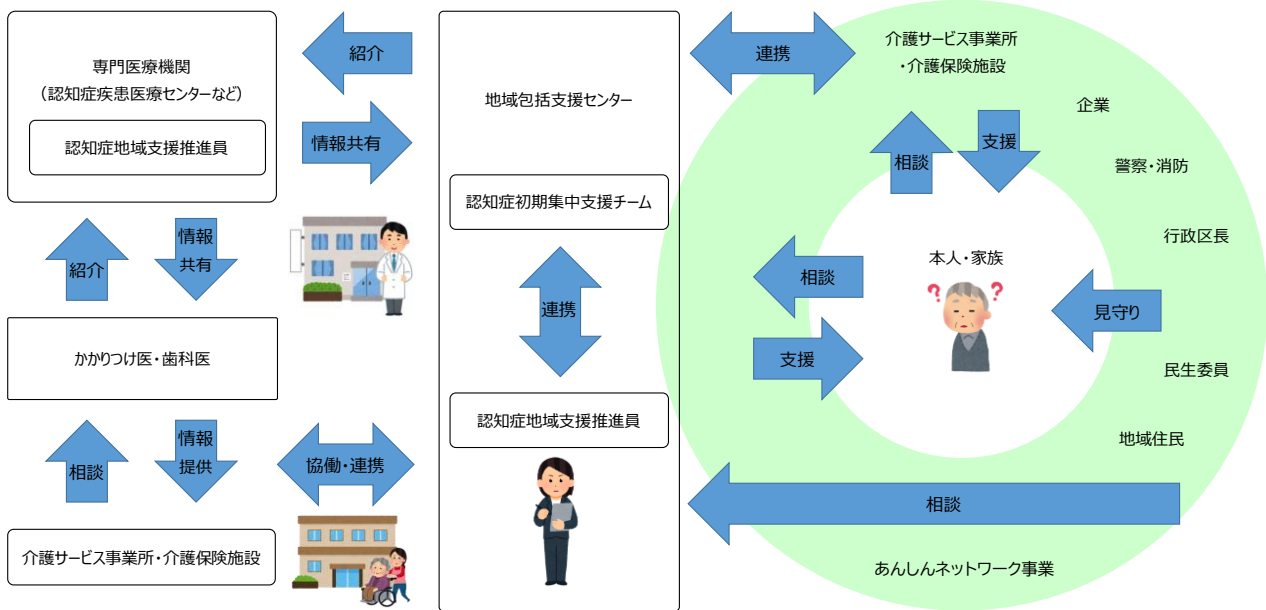
#### (1) 認知症の人に対する相談・支援活動の充実

本市では、認知症地域支援推進員を地域包括支援センターと認知症疾患医療センター<sup>32</sup>に配置し、困りごとや心配ごとなどの相談に応じ、適切な医療機関・介護サービスにつなげています。

現在、地域包括支援センターの対応能力の向上もあり、認知症初期集中支援チームの稼働につながる事案は少ない状況ですが、2023年度（令和5年度）に開始した「阿蘇市あんしんネットワーク事業」から必要に応じて対象者を接続し、地域ケア会議などでの検討につなげる仕組みづくりに取り組みます。

また認知症の相談対応の充実を図り、認知症が疑われる人を医療機関へつなぎ、早期治療、重度化の予防に努めるなど体制の強化に取り組みます。

今後は、相談対応以外に社会から孤立している状態にある人への対応も含め、適切な医療・介護サービスなどに速やかにつなぐ取組を強化します。



#### (2) 認知症ケアパスの普及・啓発

認知症ケアパスは、認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れを示したもので、介護サービスや地域支援事業、事業者や地域組織が提供するサービスなどの社会資源を掲載するものです。

認知症の人やその家族、地域の医療・介護関係者により理解しやすいものを作成し、地域住民への普及・啓発に活用します。

<sup>32</sup> 認知症疾患医療センター：認知症の早期発見・診療体制の充実、医療と介護の連携強化、専門医療相談の充実を図ることを目的とした医療機関。

### (3) 多職種連携による認知症カフェの設置の推進

認知症カフェは、認知症の人とその家族が気軽に立ち寄れるカフェです。利用者を限定せず、認知症の人やその家族、地域住民、医療や介護の専門職などさまざまな方が集い、認知症の人やその家族の悩みを共有し、専門的な相談もできる場所となっています。

認知症カフェ設置数は、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、第8期計画の期間中に減少しましたが、設置に向けて検討を進めています。

認知症カフェの定期的な開催は、本人の居場所づくりにつながっていますが、参加者が固定化している傾向がみられます。このことから、誰もが気軽に参加できる運営方法を検討します。

また、医療機関への認知症カフェ設置や認知症対応推進医師（くまもとオレンジドクター）及び認知症対応推進看護師（くまもとオレンジナース）が従事している医療機関と連携し、より専門職と関わることでできる認知症カフェの設置を推進します。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
認知症カフェ設置数（箇所）	5	5	5

### (4) 認知症の人の家族に対する支援の推進

介護サービスの充実に伴い、家族の負担は軽減された面もありますが、今なお、介護サービスを利用していない場合だけでなく利用している場合でも、多くの家族は何らかの心理的な負担感や孤立感を有しており、特に認知症の人を介護している家族の場合にはこの傾向が強いといわれています。

このことから、ヤングケアラー<sup>33</sup>も含めた家庭における介護の負担軽減のための取組を進めることが重要です。

こうした点を踏まえ、在宅生活を支える介護保険以外のサービスの提供や、地域包括支援センターによる総合相談支援機能の活用、地域拠点が行う伴走型支援など、それらの連携を通じて、介護を必要とする高齢者のみならず、家族介護者を含めて支えていくための取組を進めます。

### (5) あんしんネットワーク事業

認知症高齢者などが安心して住み慣れた地域で暮らし続ける地域づくりを目指して、2023年度（令和5年度）に「阿蘇市あんしんネットワーク事業」を開始しました。

この事業は、市と警察署、消防署及び協力事業者が連携して、日常業務の中で認知症高齢者などを見守り、異変を察知した場合や行方不明が発生した場合、早期に必要な支援につなげる取組です。

また、協力事業者には、職域単位で認知症サポーター養成講座を受講していただくなどの連携を図り、地域のネットワークを活用した認知症の人の見守りを推進します。

<sup>33</sup> ヤングケアラー：本来、大人が担うと想定されている家事や家族の世話を日常的に行っているこどものこと。

## (6) 介護従事者の認知症対応能力の向上の推進

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

介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、介護に直接携わる職員が認知症介護基礎研修を受講するための措置が義務化されていることから、管内の介護サービス事業者に対して、必要な助言及び適切な援助を行います。

## (7) 若年性認知症の人への支援

認知症は、一般的に高齢者に多い病気ですが、65歳未満で発症した場合は「若年性認知症」とされます。若年性認知症は、働き盛りの世代で発症することから本人だけでなく、家族の生活への影響が大きくなりやすい特徴があります。さらに、本人や配偶者の親の介護が重なることもあり、介護の負担が大きくなります。

若年性認知症は社会的にも大きな問題ですが、企業や医療・介護の現場でもまだ認識が十分ではありません。県の相談窓口とも連携を図りながら、日本認知症官民協議会における取組を踏まえ、官民が連携した認知症施策の取組を推進します。

また、認知症サポーター養成講座などの場においても、若年性認知症に対する理解を深める研修などの実施を検討します。

## (8) 認知症の人の意思決定に基づく本人支援の推進

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

これまでにチームオレンジ<sup>34</sup>の設置はできていませんが、有償ボランティアによる生活支援や既存の資源を活用した見守り・声掛けなどを行っています。今後も認知症カフェを起点として認知症サポーターや認知症地域支援推進員を中心としたチームオレンジの設置を目指します。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
チームオレンジ設置数（チーム）	1	1	1

<sup>34</sup> チームオレンジ：認知症と思われる初期の段階から、心理面・生活面の支援として、市町村がコーディネーター（認知症地域支援推進員を活用しても可）を配置し、地域において把握した認知症の方の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等と認知症サポーターを中心とした支援者をつなぐ仕組み。



## 第2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

在宅医療・介護連携推進事業については、一般社団法人阿蘇郡市医師会へ事業委託し、「阿蘇在宅医療システム研究会」を立ち上げて、阿蘇郡市7市町村や医療機関、介護サービス事業所などの関係団体と連携強化を図っています。

本事業においては、高齢者のライフサイクルを意識したうえで、医療と介護が主に共通する4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）それぞれに即したPDCAサイクルを構築していく必要があります。今後も関係団体との役割分担のもと、包括的かつ継続的な在宅医療と介護の一体的な提供体制を整備します。

【在宅医療と介護連携イメージ】



## 阿蘇在宅医療システム研究会

阿蘇郡市内における高齢者や障害者等の在宅医療や在宅ケアの充実のため、介護保険や医療保険をはじめとする制度運用面の検討や習熟に加え、在宅医療や在宅ケアを担うすべての職種や協力団体間の自主的なネットワークをつくり、相互連携や研鑽のシステムを構築、阿蘇郡市内の在宅医療やケアの質の向上を図ることを目的とし、3部会「阿蘇中部(阿蘇市・産山村)／阿蘇南部(高森町・南阿蘇村・西原村)／小国郷(小国町・南小国町)」で日々活動しています。

### 在宅医療・介護連携推進事業の主な取組

#### ア.地域の社会資源、利用者の情報や利用状況、住民の意向等の情報収集

在宅医、訪問看護師などの医療資源の把握を行っており、今後は、地域住民の在宅医療・介護に関するニーズの把握を検討することとしています。  
また、地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取組を行います。

#### イ.地域の医療・介護の資源の情報整理（リストやマップ等の作成）及び活用

地域の医療機関、介護サービス事業所などの住所・連絡先・機能などを把握し、阿蘇在宅医療システム研究会のホームページに掲載しています。今後は、地域内の医療・介護関係者や住民に対し、地域内の医療・介護資源の情報提供、必要量や資源量の将来推計について検討します。

#### ウ.在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

地域の医療・介護関係者などが参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、対策などの検討を行っています。今後は、地域ケア会議などでの課題を共有できる体制づくりを推進します。

#### エ.在宅医療・介護連携の対応策の実施（①在宅医療・介護連携に関する相談支援）

地域の医療・介護関係者、地域包括支援センターなどからの在宅医療・介護連携に関する相談に対応するための相談窓口を阿蘇郡市医師会に設置し、相談支援を行います。  
また、必要に応じて、退院の際の調整や利用者や家族の要望を踏まえた医療・介護機関の紹介などを行います。

#### オ.在宅医療・介護連携の対応策の実施（②地域住民への普及啓発）

在宅医療・介護に関する講演会の開催やパンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を深めます。  
阿蘇中部地区（阿蘇市・産山村）においてエンディングノートを作成し、普及啓発を行っています。

#### カ.在宅医療・介護連携の対応策の実施（③医療・介護関係者の情報共有の支援）

患者・利用者の在宅療養生活を支えるために、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が図られるよう、情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備します。  
また、媒体の利活用の状況を定期的にモニタリングし、見直しを行います。

#### キ.在宅医療・介護連携の対応策の実施（④医療・介護関係者の研修）

阿蘇圏域の医療・介護関係の多職種によるグループワーク研修を行っています。今後は、関係者へのヒアリングやアンケートなどを通して研修ニーズ・課題を把握します。



## 2 多職種連携体制づくりの推進

医療と介護はそれぞれの制度が異なることなどにより、多職種間の相互理解や情報共有が十分にできないなどの課題が指摘されています。

介護関係者と医療関係者が合同で行うグループワークなどを活用した研修会を通じて、共通の課題や困難な状況を理解し、多職種間の相互の理解や情報共有を図ります。

また、研修会の機会を通じて多職種の連携強化を図り、在宅医療や介護、生活支援サービスの一体的な提供体制の充実を目指します。

## 3 在宅医療・在宅介護の普及啓発

高齢化の進展や地域医療構想の推進に伴う訪問診療等の在宅医療ニーズが増加しており、住み慣れた地域で人生の最期まで、自分らしく安心して暮らし続けることができる地域づくりが進んでいます。

県内全域での在宅医療の取組として、「熊本県在宅医療サポートセンター」があります。本市では、阿蘇医療センターが指定を受け、必要な医療の提供体制づくり、マッチング、医療機関の連携促進、関係専門職の人材育成、県民への普及啓発等を行う在宅医療のサポート機関として活動しています。

2023年度（令和5年度）には、阿蘇中部地区（阿蘇市・産山村）においてエンディングノートを作成し、普及啓発を行っています。もしものときのために本人が望む医療やケアについて、前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組である「ACP（人生会議）<sup>35</sup>」におけるひとつのツールとしての活用を促進していきます。

また、市民が人生の最終段階の過ごし方の選択肢を知り、自分がどう過ごしたいかを考える機会となるよう、パンフレットの配布などあらゆる機会を通じて在宅医療・介護の普及・啓発を行います。

## 4 くまもとメディカルネットワークの活用促進

医療と介護連携を推進するにあたっては、ICTの活用が有効です。本県では、熊本県医師会をはじめ熊本大学病院、県、関係団体が連携のもとICTを活用し、県内の病院、診療所、薬局、地域包括支援センター、介護関係施設などをネットワークで結び、診療情報などの迅速な共有や、医療と介護の切れ目のない連携を図ることを目的として「くまもとメディカルネットワーク」が2015年（平成27年）12月から開始されています。同システムは、阿蘇郡市の医療機関などにおける導入は進んでいるものの、参加者となる地域住民の同意があって初めて機能するものです。病院、診療所、薬局、介護関係施設では、ICTを活用することで、水害発生時には紙情報の消失を防ぐことができ、その他の災害時においても、迅速な情報共有を行うことができます。

また、住民がくまもとメディカルネットワークへ登録することで、緊急搬送や災害時にかかりつけ医に通えない際の自身の健康情報などを共有することができ、通常どおりの診察・薬の処方を受けることができるメリットがあります。

今後、本ネットワークの普及にあたり、医療・介護施設への周知及び住民に対して窓口相談時などの機会を通じて、周知と加入促進を図ります。

<sup>35</sup> ACP（人生会議）：アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning）の略称。

## 5 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進

医療と介護の複合的なニーズを有する高齢者の増加が今後見込まれる中で、医療と介護にまたがるアプローチの重要性を関係者が認識し、限られた医療・介護資源を効果的・効率的に組み合わせた医療費適正化を推進することが必要です。

例えば、今後の高齢化の進展に伴い増加が見込まれる高齢者の骨折について、骨粗しょう症に関する普及啓発を行い、骨粗しょう症を原因とする骨折予防を推進します。

## 第3節 地域包括支援センターの機能強化と地域マネジメントの推進

### 1 地域包括支援センターの機能強化

#### (1) 業務状況等の評価・点検

地域包括支援センターは、保健、介護、福祉という3分野の専門職が連携し、地域の医療機関、介護サービス事業者、ボランティアなどと協力しながら、地域の高齢者のさまざまな相談に対応する機関です。

本市では、地域包括支援センターを社会福祉法人阿蘇市社会福祉協議会に業務委託しています。

地域包括支援センターの運営に関しては、毎年度、阿蘇市地域包括支援センター運営協議会<sup>36</sup>に対して、地域包括支援センターによる自己評価と本市による行政評価を報告し、地域包括支援センターの運営における改善の必要性を検討しています。

地域包括支援センターが受けた介護サービスに関する相談については、連携会議において定期的に報告を受け、協議を行います。

#### (2) 人員体制の充実

介護予防・日常生活支援総合事業の実施や包括的支援業務の充実、認知症初期集中支援チームへの参加、生活支援体制の整備など地域包括支援センターの業務量は増加しています。

地域包括支援センターの専門職が総合相談や地域ケア会議の開催、地域への訪問活動などを十分に行うことができるよう、地域包括支援センター運営協議会の評価を踏まえ、柔軟な職員配置と適切な人員体制の確保に取り組みます。

また、地域包括支援センターの職員を対象とした研修などを実施し、職員の資質向上に努めます。

### 2 包括的支援事業の推進

#### (1) 総合相談支援業務

本人、家族、地域住民、地域のネットワークなどを通じたさまざまな相談を受けて、的確な状況把握を行い、専門的かつ継続的な関与や緊急対応の必要性を判断します。

適切な情報提供を行うことにより、相談者自身が解決可能と判断した場合には、相談内容に即したサービスや制度に関する情報提供、関係機関の紹介などを行います。

また、地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続できるよう、高齢者及びその家族からの在宅生活に関する総合的な相談に応じます。

総合相談支援業務については、2022年度（令和4年度）の社会保障審議会介護保険部会において、「地域包括支援センターが行う根幹の業務であることを踏まえ、質の確保に留意しつつ、地域包括支援センターの業務との一体性を確保した上で市町村からの部分委託等を可能とすることが適当である」とされています。

本市においても、高齢単居世帯や高齢者夫婦世帯、認知症高齢者や在宅医療・介護連携を必要とする方やさまざまな問題を抱えた高齢者など相談内容も多様化しているため、相談支援や他機関との連携強化を図りつつ、総合相談業務の部分委託についても検討します。

<sup>36</sup> 阿蘇市地域包括支援センター運営協議会：地域包括支援センターの公正および中立性を確保し、円滑かつ適正な運営を図るため、センターの運営に関すること、センターの職員の確保に関すること、その他地域包括ケアの推進に関することについて調査、審議する機関。

## (2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

包括的・継続的ケアマネジメント支援業務は、介護支援専門員（ケアマネジャー）や多職種・地域の関係機関との連携を通じてケアマネジメントの後方支援を行うことを目的とし、包括的・継続的なケア体制の構築、地域における関係機関のネットワーク及び信頼関係の構築、介護支援専門員（ケアマネジャー）に対する個別支援を行っています。

## (3) 指定介護予防支援事業

要支援認定者が、介護予防サービスやその他の必要な医療・保健・福祉サービスを適切に利用できるよう、要支援認定者からの依頼を受けて、心身の状況や生活環境、本人や家族の希望などを考慮し、利用するサービスの種類や内容などを定めた「介護予防サービス計画（ケアプラン）」を作成するとともに、計画に基づくサービス提供が確保されるよう、介護サービス事業者との連絡調整などを行い、支援します。

要支援認定者が介護予防サービス等の適切な利用を行うことができるよう、地域包括支援センターにおいて、自立支援型ケアマネジメントの考え方に基づく介護予防ケアマネジメントを行います。

また、サービスの提供が確保されるよう、関係機関との調整及びインフォーマルサービス<sup>37</sup>の活用を行います。

## 3 地域包括支援センターの業務負担の軽減

2022年度（令和4年度）の社会保障審議会介護保険部会において、「地域包括支援センターの業務負担軽減を進めるにあたり、保険給付として行う介護予防支援について、地域包括支援センターが地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設であることを踏まえ、介護予防支援の実施状況の把握を含め、地域包括支援センターの一定の関与を担保した上で、居宅介護支援事業所に介護予防支援の指定対象を拡大することが適当である」とされています。

本市においても、地域包括支援センターの業務負担の軽減を図るべく、居宅介護支援事業所に介護予防支援の指定対象拡大について、検討を進めます。

## 4 地域ケア会議を中核とした地域支援事業の連動性向上

多職種協働による個別事例の検討などを行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握などを推進する事業です。

専門職が参加する個別ケースの検討会議に加え、自立支援型のケアマネジメントによる地域ケア会議を開催しています。

地域ケア会議を計画的に開催するための開催計画の策定、地域ケア会議で検討した個別事例のその後のモニタリングの方法、会議の議事録や決定事項を共有するための仕組みについて検討し、実施します。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
地域ケア会議実施ケース数（件）	6	6	6

<sup>37</sup> インフォーマルサービス：公的機関や専門職による介護保険制度に基づくサービスや支援（フォーマルサービス）以外の支援のこと。具体的には、家族、地域住民、友人、民生委員、ボランティア、非営利団体などの制度に基づかない援助などがあげられる。

## 第4節 高齢者の権利擁護・虐待防止の推進

### 1 成年後見制度の利用促進

成年後見制度とは、認知症や知的障がい、精神障がいなどによって物事を判断する能力が十分でない方について、その方の権利・理念（障害をもつ者ともたない者とが平等に生活する社会を実現させる・本人の残存能力の活用・自己決定の尊重）を守る援助者（成年後見人など）を選任することにより、本人を法律的に支援する制度です。

#### (1) 権利擁護支援の地域連携ネットワークの構築

利用者と後見人を支えるチームを支援するなど成年後見制度の利用を促進するため、既存の保健・医療・福祉の連携に司法も含めた新たな仕組みとして、地域連携ネットワークを構築します。

この地域連携ネットワークにおいては、権利擁護支援の必要な人の発見・支援、早期の段階から相談・対応体制の整備、意思決定支援・身上保護を重視した成年後見制度の運用に資する支援体制の構築という3つの役割を担うことを念頭に、広報機能・相談機能・成年後見制度利用促進機能・後見人支援機能の4つの機能を段階的・計画的に整備し、不正防止の効果を高める体制の構築に努めます。

#### (2) 成年後見制度利用促進の中核となる機関の設置・運営

本市では、全体構想設計とその実現に向けた進捗管理・コーディネートなどを行う司令機能をもつ機関として、成年後見制度の中核機関である「阿蘇市成年後見センター」を2023年度（令和5年度）に設置しました。

本市における権利擁護の支援や成年後見制度の利用促進がさらに推進していくよう、中核機関の運営を行います。

## 2 高齢者の虐待防止の推進

### (1) 高齢者の虐待防止に関する周知啓発の充実

高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（高齢者虐待防止法）では、高齢者虐待の（再発）防止、虐待を受けた高齢者に対する保護、養護者の負担の軽減など、養護者に対する支援を目的としており、高齢者虐待を受けた高齢者の保護や養護者の支援については、市町村が第一義的に責任を持つとされています。

高齢者虐待には、以下の5つの類型があり、高齢者虐待防止法では、虐待を発見した者は速やかに市町村に通報する努力義務を課しています。

高齢者虐待の相談・通報窓口、事実確認、適切な措置などを図るため、相談・通報窓口を設置しています。高齢者虐待が発生しないよう、また、発生した場合は早期発見につながるよう、広報誌などを活用した相談・通報窓口の周知啓発に努めます。

#### 【高齢者虐待の類型】

類型	定義
身体的虐待	高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴力を加えること。
介護・世話の放棄、放任（ネグレクト）	高齢者を衰弱させるような著しい減食、長時間の放置など、介護を著しく怠ること。
心理的虐待	脅しや侮辱などの言語や威圧的態度、無視、嫌がらせなどによって、精神的苦痛を与えること。
性的虐待	本人が同意していない、あらゆる形態の性的な行為やその強要を行うこと。
経済的虐待	本人の合意なしに財産や金銭を使用し、本人が希望する金銭の使用を理由なく制限すること。

### (2) 高齢者虐待防止対策の推進

高齢者虐待を早期に発見し、問題の深刻化を防ぐためには、地域住民をはじめ、民生委員や自治会などの地域組織、企業など高齢者を取り巻くさまざまな関係者が高齢者虐待に対する理解を深め、虐待の兆候に気づくことが大切です。

今後も、高齢者虐待防止対策の推進にあたっては、養護者による高齢者虐待及び養介護施設従事者等による高齢者虐待の双方について、市や地域包括支援センター、警察、民生委員などとの連携を強化し、関係機関とのネットワークを活用して、高齢者虐待の早期発見・支援体制を整備するとともに、高齢者虐待に関する情報の共有化と体制整備に努めます。

### (3) 高齢者の消費者被害の防止の取組の推進

本市では、消費生活相談受付体制の充実を図るため、阿蘇市消費生活センターに相談窓口を設置しています。

近年、高齢者にもスマートフォンや携帯電話が普及したことにより、インターネット通販やワンクリック請求など、高齢者のデジタル消費トラブルが増加しています。

消費生活センターと連携し、還付金詐欺や振り込め詐欺などの対策のほか、スマートフォンなどの正しい使い方や被害にあった場合の解決方法についても、出前講座や広報誌などを活用して周知啓発を行い、被害の未然防止及び拡大防止を図ります。

## 第5節 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

高齢者のみならず、障がい者や子どもなど生活上の困難を抱える方々が、地域において自立した生活を送ることができるよう、福祉サービスの提供や事業者による共生型サービスへの展開のほか、地域包括支援センターの機能拡大など、地域共生社会<sup>38</sup>の実現に向けた包括的な支援体制について、庁内の関係部署と検討を進めます。

### 1 包括的支援体制の構築

近年、高齢単居世帯や高齢者夫婦世帯の増加、社会的孤立などの影響により、人々が暮らしていく上での課題は、さまざまな分野の課題がからみ合って複雑化し、また、個人や世帯において、複数の分野にまたがる課題を抱えるなど複合化しています。

これらの課題に対して、的確に対応するため、また、各制度の相談支援機関を総合的にコーディネートするために「相談支援包括化推進員<sup>39</sup>」を配置し、チームとして包括的・総合的な相談体制の構築を目指します。

具体的には、アウトリーチを含む早期の支援、本人・世帯を包括的に受け止め支える支援、本人を中心とし、本人の力を引き出す支援、信頼関係を基盤とした継続的な支援、地域とのつながりや関係性づくりを行い、支援します。

### 2 共生型サービスの普及促進

地域共生社会の実現に資する「共生型サービス」について、市内の介護サービス事業所へ施設整備に係る支援制度の申請提供を行うなど、共生型サービスの普及に向けて取り組みます。

共生型サービスは、介護サービス事業所が、障害福祉サービスを提供しやすくする、障害福祉サービス事業所が介護サービスを提供しやすくすることを目的とした指定手続きの特例として、2018年(平成30年)に設けられた制度です。

この特例を活用し、同一事業所において、介護サービスと障害福祉サービスの両方を提供することで、障害者が65歳以上になっても、同一事業所を継続利用できるようになる。高齢者・障害児者とも、利用できる事業所の選択肢が増える。「介護」や「障害」といった枠組みにとらわれず、多様化・複雑化している福祉ニーズに臨機応変に対応することができる。地域共生社会を推進するためのきっかけとなる。人口減少社会にあっても、地域の実情に応じたサービス提供体制整備や人材確保を行うことができる。といったように、各地域で発生している課題の解決や掲げている目標の達成の一助となることが期待されています。

<sup>38</sup> 地域共生社会：制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会。

<sup>39</sup> 相談支援包括化推進員：相談者等が抱える課題の把握、各相談支援機関等で実施すべき支援の基本的な方向性等に関するプランの作成、相談支援機関等との連絡調整、相談支援機関等による支援内容等に関する指導・助言等の業務を実施する。



## 第6節 在宅生活を支える介護保険以外のサービスの提供

高齢者が住み慣れた地域や家庭において、できるだけ自立した生活を営むことができるよう、市が介護サービスでは対応できないきめ細やかな生活支援を行うことにより、高齢者及びその家族の身体的・精神的・経済的負担を軽減し、福祉の向上を図ることを目的として実施しています。

### 1 おでかけサービス事業

ひとり暮らしの高齢者で自家用車を所有しない、自動車の運転ができないなどの理由から、買い物や通院などにタクシーを利用する場合、タクシー利用券を支給します。

### 2 家族介護慰労事業

在宅生活の要介護者を常時介護する同一世帯の家族に対して、慰労金を給付します。

### 3 心配ごと総合相談事業

ひとり暮らしの高齢者などの日常生活上のあらゆる相談に応じ、適切な助言・指導を行うため、「心配ごと総合相談所」を設置します。

### 4 高齢者等買物支援事業

身近な店舗の減少や日常生活を営む能力の低下により、日常生活に必要な食品や日用品などの買い物が困難なひとり暮らしの高齢者等に対して、買い物と地域における見守りの機会を確保するため、移動販売車の運行を支援します。

移動販売事業者は、移動販売を通じて利用者を見守りや声かけを行い、さまざまな相談を受けた場合は、地域包括支援センターにつながります。

### 5 居宅介護支援事業

地域の拠点である地域包括支援センターが地域住民への支援をより適切に行うため、地域包括支援センターの機能強化を図ります。

### 6 介護用品支給事業

在宅生活の要介護者を常時介護する同一世帯の家族に対して、紙おむつ等の介護用品を支給します。

### 7 食の自立支援事業

ひとり暮らしの高齢者等で、自分で調理ができないことなどから栄養改善が必要な方に対して、弁当を直接お届けすることで、安否確認と食の自立を支援します。

また、急病などの緊急時の通報やさまざまな相談を受けた場合は、地域包括支援センターにつながります。

### 8 高齢者安心ネットワーク体制整備事業

ひとり暮らしの高齢者などに緊急通報装置（ボタンを押すだけで緊急通報センターへ通報できる機器）を貸与し、急病などの緊急時の通報やさまざまな相談ごとに対応するサービス提供を行います。

## 第7節 生活支援体制整備事業の推進

生活支援体制整備事業は、高齢独居世帯や高齢者夫婦世帯、認知症高齢者が増加する中、医療・介護のサービス提供のみならず、地域住民に身近な存在である市町村が中心となって、NPO法人、民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁組織、介護サービス事業所、シルバー人材センター、老人クラブ、家政婦紹介所、商工会、民生委員等の生活支援サービスを担う事業主体と連携しながら、多様な日常生活上の支援体制の充実・強化及び高齢者の社会参加促進を一体的に図って行くことを目的としています。

### 1 生活支援コーディネーター

高齢者の生活支援・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（資源開発、ネットワーク構築、ニーズと取組のマッチング）を有する者を「生活支援コーディネーター<sup>40</sup>」とし、市の区域を担当する「第1層生活支援コーディネーター」と日常生活圏域を担当する「第2層生活支援コーディネーター」を配置しています。

#### (1) 地域資源の見える化

日常生活の中でちょっとした支援が必要になったときのために、市内の企業や店舗、地域住民などが行っている生活支援サービスをまとめた「生活支援ガイドブック」を作成しています。新たな情報は随時更新し、内容の充実を図っています。

また、介護予防や日常生活支援に係るサービスを提供・支援する様々な主体との連携を促進します。

#### (2) ボランティア活動支援の充実

多様な日常生活上の支援体制の充実・強化を図るため、地域資源を活用したボランティアの活動支援の充実を図ります。

#### (3) 高齢者の移動手手段の確保

「阿蘇市乗合タクシー<sup>41</sup>」や「阿蘇市波野地区福祉バス<sup>42</sup>」をはじめとする移動サービスが、高齢者にとってより利用しやすいサービスとなることを目指します。

移動が困難な方を対象にタクシー利用券を交付する「おでかけサービス事業」や、買い物へ行くことが困難な方に移動販売車の運行支援を行う「高齢者等買物支援事業」に取り組みます。

また、普通自動車免許を自主返納される方や自動車の運転に不安を感じる方の移動手手段の確保についても、庁内の関係部署や関係機関と検討を進めます。

<sup>40</sup> 生活支援コーディネーター：生活支援サービスの充実及び高齢者の社会参加に向けて、ボランティア等の生活支援・介護予防の担い手の養成・発掘等地域資源の開発や、関係者間の情報共有・連携体制づくり等を担う者。

<sup>41</sup> 阿蘇市乗合タクシー：阿蘇市内の公共交通空白地域と市街地等を結ぶ交通手段として、事前予約制による乗合タクシーを運行する事業。

<sup>42</sup> 阿蘇市波野地区福祉バス：波野地域における地域住民の交通手段の確保を図るため、事前予約による運行する事業。

## 2 協議体の設置

生活支援サービスなどの体制整備に向けて、生活支援コーディネーターと生活支援サービスの多様な提供主体が参画する定期的な情報の共有・連携強化の場として、協議体を設置し、多様な主体間の情報共有及び連携・協働による体制整備を推進します。

市の区域を対象とした「第1層協議体」を設置し、日常生活圏域を対象とした「第2層協議体」の設置を進めており、サービス提供主体の活動圏域である「第3層協議体」には、阿蘇市やまびこネットワークを位置づけています。

今後は、生活支援コーディネーターを組織的に補完し、課題の解決や生活支援等サービスの創出に取り組みます。

## 第8節 高齢者向け住まいの確保の推進

今後、高齢独居世帯や高齢者夫婦世帯の増加が見込まれる中であって、住まいをいかに確保するかは、老齢期を含む生活の維持の観点に加えて、地域共生社会の実現の観点からも非常に重要な課題となっています。

高齢者向け住まいの確保を図るにあたり、地域の人口動態、医療・介護ニーズ及び高齢者の住まいに関するニーズを分析するとともに、県や市内の住宅施策を所管する部署と連携して、当該ニーズに対し、既存の施設やサービス基盤を組み合わせつつ、対応していきます。

### 1 高齢者の住まいの確保

高齢者やその家族が心身の状況などに応じて、適切に高齢者向けの住まいを選ぶことができるよう、「介護サービス情報公表サービス<sup>43</sup>」や高齢者世帯の民間住宅入居を支援する「熊本県あんしん賃貸支援事業<sup>44</sup>」の情報を提供し、高齢者の住まいに関する情報の充実に取り組みます。

サービス付き高齢者向け住宅<sup>45</sup>については、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム<sup>46</sup>」に関する情報を提供することで、高齢者自らのニーズに合わせた住まいへの住み替えが円滑に行われるよう支援します。

また、新たにサービス付き高齢者向け住宅の建築を検討する事業者に対しては、国が行う建設費（新築・改修）に係る国の補助金等に関する情報提供を行っていますが、整備数が県計画における供給目標を大幅に上回ることはないよう、適切な供給を促進します。

さらに、高齢者、低額所得者、子育て世帯等の住宅確保要配慮者の入居を拒まない賃貸住宅の登録制度など民間賃貸住宅や空き家を活用した「新たな住宅セーフティネット制度<sup>47</sup>」を踏まえ、民間賃貸住宅のオーナーからの相談を受ける仲介業や不動産関係団体等に対して、制度の柱となる住宅確保要配慮者向け賃貸住宅の登録制度、登録住宅の改修や入居者への経済的な支援、住宅確保要配慮者に対する居住支援の理解を促進します。

<sup>43</sup> 介護サービス情報公表サービス：利用者が介護サービス事業所や介護保険施設を比較・検討して適切に選ぶための情報を都道府県が提供するサイト。

<sup>44</sup> 熊本県あんしん賃貸支援事業：民間賃貸住宅では、いろいろなトラブルに対する不安から、高齢者世帯、障がい者世帯、外国人世帯、子育て世帯の入居を制限する住宅が依然として数多く存在することから、これらの世帯の民間賃貸住宅への入居を支援する事業。

<sup>45</sup> サービス付き高齢者向け住宅：介護・医療と連携し、高齢者の安心を支えるサービスを提供するバリアフリー構造の住宅。

<sup>46</sup> サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム：サービス付き高齢者向け住宅を運営する事業者が県に登録申請を行った情報を公開するための専用のホームページ。全国の情報をまとめて閲覧することができる。

<sup>47</sup> 新たな住宅セーフティネット制度：住宅の確保が困難な低額所得者、被災者、高齢者、障害者、子育て世帯等と賃貸住宅の空き家・空き室を持つ家主をつなぐ制度。

## 2 有料老人ホーム等の県との情報共有

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

今後も県と連携しながら、特定施設入居者生活介護（地域密着型を含む）指定を受ける有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅（介護付きホーム）の設置数や入居定員数の把握を行います。

### 【住宅型有料老人ホーム等の設置数・定員総数】

	有料老人ホーム（住宅型）		サービス付き高齢者向け住宅	
	設置数（箇所）	定員（人）	設置数（箇所）	戸数（戸）
一の宮圏域	2	63		
山田・内牧圏域	1	25	2	48
碧水・乙姫圏域				
尾ヶ石・阿蘇西圏域				
波野圏域				
合計	3	88	2	48

※熊本県「熊本県所管有料老人ホーム等の設置状況について（令和5年8月1日現在）」

## 第9節 防災対策・感染症対策の推進

### 1 防災対策の推進

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるためには、安心・安全な支援体制が求められます。

このことから庁内の関係部署や市内の介護サービス事業所などと連携し、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制の構築を図ります。

#### (1) 避難行動要支援者名簿の備え

災害時には、高齢者のうち特に避難支援を要する避難行動要支援者<sup>48</sup>が被害を受ける場合が多くなります。このため、災害時に自ら避難することが困難な避難行動要支援者を把握し、避難行動要支援者名簿を備えます。

#### (2) 福祉避難所の確保

避難行動要支援者の特性に応じた福祉避難所<sup>49</sup>の確保を図るため、社会福祉法人などに対して協力を依頼します。

#### (3) 業務継続計画（BCP）<sup>50</sup>策定の義務化、策定支援

災害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ことは重要であり、指定基準により、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等が義務付けられていることから、管内の介護サービス事業者に対して、必要な助言及び適切な援助を行います。

---

<sup>48</sup> 避難行動要支援者：災害時または災害の発生のおそれがある時に、自ら避難することが困難であり、その円滑かつ迅速な避難のために特に支援を必要とする者。

<sup>49</sup> 福祉避難所：一般の避難所での避難生活が困難な者、いわゆる要配慮者のための避難所。要配慮者とは、高齢者、障がいのある人、乳幼児その他妊産婦、傷病者、内部障がいのある人、難病患者などの特に配慮を要する者をいう。

<sup>50</sup> 事業継続計画：災害時に行政自らも被災し、人、物、情報等利用できる資源に制約がある状況下において、優先的に実施すべき業務（非常時優先業務）を特定するとともに、業務の執行体制や対応手順、継続に必要な資源の確保等をあらかじめ定める計画。Business Continuity Planの略称。

## 2 感染症対策の推進

本市では、国・県・周辺市町村と協力して、感染症拡大の防止に向けた取組を行っています。

高齢者は、重症化しやすく、また合併症が起こりやすいことから、介護サービス事業所、医療機関などとの情報共有を図ります。

### (1) 高齢者に対する感染症対策

市民に向けた感染症に対する正しい情報や対策を市のホームページ、広報誌、お知らせ端末などで周知します。

また、国の基本的対処方針に基づきワクチンの接種や市の行動計画に従って、必要に応じて在宅の高齢者への生活支援等を行います。

感染症の拡大により社会活動を制限せざるを得ない場合、高齢者は特に生活機能低下が予測されることから、広報誌、お知らせ端末、チラシなどにより予防の啓発を行い、要介護状態への移行を防ぎます。

### (2) 避難所の感染症対策

自然災害などにより避難所に避難した場合、感染症への対策として、国のガイドラインや市の避難所運営マニュアルに従って、適切な避難所の運営を行います。

また、避難者の体調確認により感染症が疑われる場合、別室への移動や医療機関への搬送のため、保健所と連携を図ります。

### (3) 備蓄品の確保

市内の介護サービス事業所や介護保険施設において、クラスター感染<sup>51</sup>が発生した場合などに備え、庁内の関係部署と連携して、マスクや消毒液などの衛生用品を備蓄し、不測の事態に備えます。

### (4) 業務継続計画（BCP）策定の義務化、策定支援

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ことは重要であり、指定基準により、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等が義務付けられていることから、管内の介護サービス事業者に対して、必要な助言及び適切な援助を行います。

---

<sup>51</sup> クラスター感染：共通の感染源を持つ5人以上の感染者の集団を「クラスター」、クラスターの中の感染者数が50人以上になると「メガクラスター」と呼ぶ。

# 第3章 多様な介護人材の確保・定着や介護サービスの質の確保・向上を図る

## 第1節 多様な介護人材の確保・定着に向けた取組の推進

### 1 介護離職ゼロの推進

家族の介護を理由とした離職の防止等を図るべく「介護離職ゼロ」を推進します。介護が必要になったときに速やかにサービスの利用ができるよう、介護保険制度などについて、住民への周知拡大を推進します。

### 2 介護のしごとの普及啓発

地域の住民等に対して、介護職の役割や魅力・やりがいを普及啓発し、「介護のしごと」の理解を深め、介護職のイメージ向上、新規人材の獲得、社会的支援のすそ野拡大、離職防止に取り組めます。

### 3 元気高齢者が活躍できる場の創出

地域の元気高齢者が介護予防サポーターや生活支援サポーターとして活動し、事業対象者・要支援認定者に対する通所や訪問サービスの充実に取り組めます。

また、介護助手などの間接介護を担う元気高齢者の養成・活用に向けて、介護サービス事業所などと検討を進めます。

### 4 介護サービスの相談対応、苦情処理体制の充実

保健・医療・福祉に関して、利用者本人とその家族からの相談や苦情は、ほけん課窓口と地域包括支援センター等で対応しています。

地域包括支援センターでは、家族介護者や介護に直接携わる職員からの相談対応の体制を強化・拡充しており、必要に応じて介護サービス事業所の管理者などと意見を交換するなどして、介護サービスの質の確保を図ります。

また、地域で活躍している高齢者や民生委員等が、介護サービス等利用者のための相談に応じるボランティア（介護サービス相談員）として、利用者の疑問や不満、不安の解消を図るとともに、サービス担当者との意見交換等が行えるよう、介護サービス相談員派遣等事業の活用を検討します。

### 5 介護サービスの情報提供の充実

利用者が介護サービス事業者を選択する手助けとなるよう、介護事業所・生活関連情報が検索できる「介護サービス情報公表システム」<sup>52</sup>を活用し、介護サービスに関する情報提供の充実に取り組めます。

さらに、介護サービス事業所や介護保険施設に対して、県との連携を図りながら、事業者研修、介護支援専門員研修など介護サービスの質の向上に関する研修・講習の情報提供に取り組めます。

<sup>52</sup> 介護サービス情報公表システム：介護サービス情報公表制度は、介護保険法に基づき平成18年4月から開始された制度で、利用者が介護サービス事業所や介護保険施設を比較・検討して適切に選ぶための情報を都道府県が提供する仕組み。介護サービス情報公表システムを使って、インターネットでも誰でも気軽に情報を入手することができる。



## 第2節 介護サービスの質の確保・向上に向けた取組の推進

高齢化が進展する中で介護サービス受給者数は、今後も増加することが見込まれます。

介護給付等費用適正化事業を継続的かつ安定的に実施することで、介護給付の適正化、介護サービス事業者が提供するサービスの質の向上に努めます。

なお、本計画では、国が示す従来の介護給付等費用適正化事業5事業の再編の方向性に沿って、再編された3事業のすべてにおいて取組を推進します。

また、介護現場における安全性の確保とリスクマネジメントを推進し、生産性向上（業務改善）と文書負担軽減を促進します。

### 1 要介護認定の適正化

要介護認定は、介護保険法の定めにより全国一律の基準に基づき行われます。適切な認定調査が行われるよう、日常的なミーティングや個別事例の検討が行える環境を整えるとともに、県が実施する認定調査員研修などへ積極的に参加し、認定調査に従事する者が公平・公正かつ適切な認定調査を実施するために必要な知識・技術を習得し、要介護認定調査の平準化を図ります。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
委託による認定調査の点検	点検率 100%	点検率 100%	点検率 100%

※熊本県「第6期熊本県介護給付適正化プログラム」に定める保険者が目安とする取組と目標

### 2 ケアプランの点検等の充実

#### (1) ケアプランの点検の実施

市内の居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）が作成したケアプランをケアマネジメントのプロセスを踏まえて自立支援に向けた適切なケアマネジメントとなっているか検証し、介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上に向けた支援を行っています。

なお、ケアプランの点検にあたっては、第三者の目でケアプランを確認することにより、ケアマネジャー個人の視点を補い、支援することが必要であるため、事業者に業務を委託しています。

今後も、介護保険事業の円滑な運営のため、点検業務を委託することにより点検者の人手や技量不足を補うとともに、インフォーマルサービスを踏まえたケアプランの適切化を図ります。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
適正化システムにより出力された給付実績の帳票のうち、効果が高いと見込まれる帳票を活用し、ケアプラン点検を実施する。 【活用する帳票】 ・認定調査状況と利用サービス不一致一覧表 ・支給限度額一定割合超一覧表	点検率 50%以上	点検率 50%以上	点検率 50%以上

※熊本県「第6期熊本県介護給付適正化プログラム」に定める保険者が目安とする取組と目標

## (2) 住宅改修等の点検、福祉用具購入・貸与調査の実施

退院後の住宅改修の際には、退院前カンファレンス<sup>53</sup>を活用し、リハビリテーション専門職による点検を行っています。リハビリテーション専門職の関わりのない利用者については、リハビリテーション専門職による点検ができていません。今後も、利用者の実態にそって適切な住宅改修が行われるよう、施工前点検を行います。また、リハビリテーション専門職による全点検の体制構築を検討していきます。

軽度者（要支援 1・2、要介護 1）の福祉用具貸与については、市の職員による書面での点検のほか、軽度者のサービス利用先に勤務しているリハビリテーション専門職による点検を行っています。利用者の実態に応じた適切な福祉用具貸与となっているか、今後も点検を実施していきます。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
リハビリテーション専門職（建築専門職、福祉住環境コーディネーター検定試験二級以上を含む）による住宅改修の施工前点検の体制構築	点検率 10%	点検率 10%	点検率 10%
リハビリテーション専門職（建築専門職、福祉住環境コーディネーター検定試験二級以上を含む）による福祉用具貸与後の点検の体制構築	点検率 10%	点検率 10%	点検率 10%

※熊本県「第6期熊本県介護給付適正化プログラム」に定める保険者が目安とする取組と目標

## (3) 医療情報突合・縦覧点検の実施

医療情報との突合では、受給者の国民健康保険や後期高齢者医療の入院情報と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行うことで、医療と介護の重複請求の確認を行います。

また、縦覧点検では、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ます。これらの結果、重複請求や過誤があった場合は、適切に対応します。

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
医療情報突合の実施	全件点検	全件点検	全件点検
縦覧点検の実施	全件点検	全件点検	全件点検

※熊本県「第6期熊本県介護給付適正化プログラム」に定める保険者が目安とする取組と目標

<sup>53</sup> 退院前カンファレンス：病状が落ち着いた段階で、退院後の療養や生活面の課題等について関係する多職種間で情報共有し、支援内容や方法を確認するために行うとともに、支援対象者や家族の希望を確認し、より安定した療養生活に向けて準備を進めるために行う。

### 3 介護現場における安全性の確保とリスクマネジメントの推進

介護現場の安全性の確保及びリスクマネジメントの推進については、国が示している事故報告様式を活用して、報告された事故情報を適切に分析し、介護現場に対する指導や支援等の取組を行います。

### 4 介護現場における生産性向上（業務改善）と文書負担軽減の促進

介護現場における生産性向上（業務改善）とは、介護ロボット等のテクノロジーを活用し、業務の改善や効率化等を進めることにより、職員の業務負担の軽減を図るとともに、業務の改善や効率化により生み出した時間を直接的な介護ケアの業務に充て、利用者と職員が接する時間を増やすなど、介護サービスの質の向上にもつなげていくことです。

地域医療介護総合確保基金<sup>54</sup>などを活用した介護ロボット・ICT等の導入や更新、介護職員の宿舍施設整備などを周知し、積極的な活用を促進します。

また、介護サービス事業所における文書負担軽減については、国が示す標準様式と「電子申請・届出システム」の使用が基本原則化されることから、申請・届出においては、本システムの利用勧奨を行います。

---

<sup>54</sup> 地域医療介護総合確保基金：消費税増収分を活用した地域医療介護総合確保基金を各都道府県に設置し、各都道府県は都道府県計画を作成、当該計画に基づき事業を実施していきます。

## 第4章 介護サービス量の見込み

現在、協議しています。

## 第5章 事業費の見込みと保険料の算出

現在、協議しています。