

阿蘇市いきいきプラン  
平成24年度～26年度（第5期）  
【素案】

平成23年12月

阿蘇市

# 目次

## 総論

第1章 計画の策定について.....	3
第2章 計画の基本的な考え方 .....	7

## 各論

第1章 地域包括支援センターを中心とする相談支援.....	17
第2章 地域密着型サービスと在宅介護の充実.....	23
第3章 認知症支援策の充実 .....	26
第4章 切れ目のない医療と介護の連携のサービスづくり .....	29
第5章 健康づくりと介護予防の推進 .....	32
第6章 高齢者の生活支援及び見守りの充実.....	55
第7章 高齢者の社会・地域貢献活動の促進.....	67
第8章 高齢期の住まい方の支援 .....	71
第9章 介護保険事業の円滑な運営.....	75

(資料編として調査結果等を後で挿入)

### 資料編

- 1 阿蘇市の高齢者の状況
- 2 「阿蘇市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画実態調査(日常生活圏域ニーズ調査)」の概要
- 3 同上の調査からみた小学校区別の状況
- 4 阿蘇市介護保険事業計画等推進委員会の経緯

# 総論

「安心して暮らせる快適なまちづくり」のために



# 第1章 計画の策定について

## 1. 計画策定の趣旨と背景

### (1) これまでの高齢者施策

平成12年度より介護保険制度が導入され、高齢者を支える制度として定着してきました。しかしながら、平成12年度の導入時点から高齢者人口及び高齢化率は右肩上がりが増加し、介護の必要な高齢者も増加してきたことから、介護保険制度、高齢者保健福祉施策の在り方は大きな転換期を迎えることとなりました。

そこで国は、平成18年度より介護保険制度を改正し、介護予防型システムへの転換や給付の効率化・重点化、新たなサービス体系の確立などの抜本的な改革を行い、介護予防重視への転換、新サービス体系の確立などを目標とした取組みを推進してきました。

今年度は、こういった取組みの総仕上げにあたる時期となっており、今後の高齢者施策を見据えた「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が成立しました。この法律は一部を除き平成24年4月1日に施行され、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、新たなサービス類型の創設等の措置が講じられることとなります。

### (2) 本計画の趣旨

本計画は、阿蘇市の高齢者に関する施策を総合的かつ計画的に推進するとともに、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を図るため、平成24年度からの3年間の施策の考え方及び目標を定めるものです。

「市町村老人福祉計画」、「市町村介護保険事業計画」の性格を有するとともに、両計画の調和を図るため、「第5期阿蘇市高齢者いきいきプラン」として一体のものとして策定します。

また、第5期介護保険事業計画は、第3期介護保険事業計画策定時に設定した平成26年度の目標に至る総仕上げの計画としての位置づけという性格を踏まえています。

## 2. 計画の位置づけ

### (1) 法的な位置づけ

本計画は、老人福祉法第20条の8に基づく「市町村老人福祉計画」として、老人福祉事業の供給体制の確保に関して定めるものです。さらに、介護保険法第117条に基づく「市町村介護保険事業計画」として、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関して定めるものです。

また、国及び県の制度・計画や、本市の最上位計画である「阿蘇市総合計画」をはじめ、「阿蘇市地域福祉計画」や各種福祉分野の関連計画等との整合性を図りながら策定します。

= 根拠法令（抜粋） =

老人福祉法第20条の8

市町村は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第2条第4項の基本構想に即して、老人居宅生活支援事業及び老人福祉施設による事業の供給体制の確保に関する計画を定めるものとする。

介護保険法第117条

市町村は、基本指針に即して、3年を1期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画を定めるものとする。

### (2) 計画の期間

介護保険制法により、介護保険事業計画は3年を1期とする計画期間となっています。

本計画は「市町村老人福祉計画」、「市町村介護保険事業計画」として一体のものとして策定することから、計画期間は平成24年度を初年度とし、平成26年度までの3年間とします。

	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
計画期間	第3期								
			見直し	第4期					
						見直し	第5期		

### (3) 計画策定体制

#### 委員会の設置

阿蘇市介護保険事業計画等推進委員設置条例に基づき、委員会における慎重な審議を重ね、本計画を策定します。

#### ②高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画実態調査の実施

本計画を策定するにあたって、住民参加型の計画とする一環として、前年度「阿蘇市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画実態調査（日常生活圏域二一ズ調査）」を実施しました。

##### 調査対象

阿蘇市在住の高齢者2,245人を対象とした。

なお、対象者は一般高齢者、要支援者、要介護者、施設入所者別に抽出した。

##### 調査期間

平成23年2月～3月

##### 調査方法

民生委員及び高齢者福祉施設を通じて調査票を配布、回収した。

##### 回収状況

回収総数 2,226件（うち有効回収数 2,114件）

回収率 99.2%（有効回収率 94.2%）

種別	配布数（件）	有効回収数（件）	有効回答率（%）
一般	1,274	1,222	95.9
要支援	337	310	92.0
要介護	555	505	91.0
施設	79	77	97.5

#### パブリックコメントの実施

本計画を策定するにあたって、住民参加型の計画とする一環としてパブリックコメントを実施します。

## ( 4 ) 計画の推進体制

### ①保健・医療・福祉の連携強化

地域包括支援センターを中心に、保健・医療・福祉の関係機関との連携を強化し、総合的なサービスを効果的に提供するとともに、地域が抱える課題の解決に積極的に取り組みます。

### ②人的資源の充実

今後増加する高齢者および認知症高齢者が、より健康で生き生きとした生活を送り続けるために、保健師、ケアマネジャー、栄養士等の専門職の確保に努めます。

また、介護の担い手であるホームヘルパーや、介護予防サポーター、認知症サポーター等の育成・研修を図ります。

### ③計画の広報

パンフレットや広報、市ホームページ等をよりわかりやすいものに改善していくとともに、さまざまな機会を通じて周知・理解を深めるよう広報を行います。

### ④財源の確保

計画の推進にあたっては財源の確保に努めるとともに、高齢者が自立した日常生活を営むことができるよう各種の補助制度の拡充等、財政的な支援について、国、県に対し要望します。

### ⑤計画の点検及び評価の考え方

計画に盛り込んだ施策の推進状況や進捗状況については、計画等推進委員会、地域包括支援センター及び地域密着型運営委員会を定期的開催し、計画の達成状況等の点検と評価を実施します。また、評価の過程において様々な立場の住民が参加できるように、協働体制の構築に取り組みます。

## 第2章 計画の基本的な考え方

この章では、第5期高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の基本理念、計画の目標、施策展開の考え方、施策の体系を示します。

### 1. 計画の基本方向

#### (1) 2015年の将来像

「住民が地域の一人暮らしや閉じこもりがちな高齢者に気づき、地域で見守りをしていく中で高齢者が安心して生活していけるような地域」

子どもから高齢者まで、すべての市民が地域の一人暮らしや閉じこもりがちな高齢者に気づき、地域で見守りをしていく地域をつくります。このような地域の中で、その人らしくいきいきとした生活をおくり、たとえ寝たきり状態となっても住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、保健・福祉・医療がともに充実した阿蘇市の実現を目指します。

#### (2) 計画の基本理念

本市では平成23年3月に同27年度を目標とする「阿蘇市総合計画 後期基本計画」を策定し、「緑いきづく火の神の里」を将来像として掲げています。

この中の施策の大綱のひとつとして「安心して暮らせる快適なまちづくり」を掲げ、「高齢者の生きがい対策の充実」、「高齢者の生活環境の整備」、「介護保険事業の充実」、「介護保険事業の円滑な運営」に取り組んでいます。

施策の大綱

安心して暮らせる快適なまちづくり

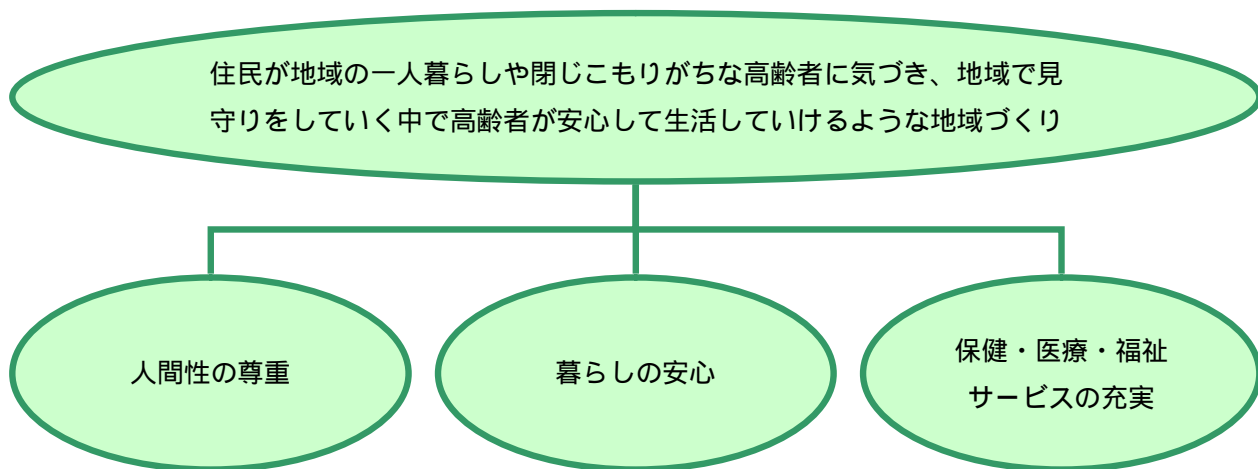
## 本計画の基本理念

基本理念とは、本計画を推進する上で基軸となるものであり、本計画における全ての施策は基本理念の実現に向けた構成となります。

このため、各種施策は基本理念を頂点とし、基本目標、重点課題、施策と、ツリー状に展開されることが重要となります。

第5期にあたる本計画では、「阿蘇市総合計画」、「第4期高齢者いきいきプラン」及び県の「第4期熊本県高齢者かがやきプラン」における基本理念や基本的な考え方と調和のある基本理念を設定することが重要です。

本計画においては、第4期計画における基本理念を変更せず、理念を徹底するものと捉え、「住民が地域の一人暮らしや閉じこもりがちな高齢者に気づき、地域で見守りをしていく中で高齢者が安心して生活していけるような地域づくり」を大切にし、いつでも必要な時に必要なサービスを選択・利用できる保健・医療・福祉の総合的な体制整備をめざします。



## 2. 第5期計画の目標と地域包括ケアシステム

### (1) 第5期計画の目標

本計画は、第3期及び第4期計画の理念を継承しつつ展開する最後の3年間の施策や取組みを推進するものであり、国や県の指針に沿って地域包括ケアシステムの実現を図ることを目標とします。

高齢者が地域で自立した生活を営めるよう介護、保健、医療、予防、住まい、生活支援サービス等が切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」を構築する。

### (2) 地域包括ケアシステム

本計画では、地域で包括的にケアする体制のより一層の充実をめざし、高齢者が自立して地域で生活を営めるよう、介護、医療、保健、予防、生活支援、住まいが一体的に切れ目なく提供される体制（地域包括ケアシステム）の整備に取り組んでいきます。

また、地域包括ケアシステムの実現には、以下の5つの視点での取組みが包括的（利用者のニーズに応じた～の適切な組み合わせによるサービス提供）継続的（入院、退院、在宅療養を通じて切れ目ないサービス提供）に行われることが必要です。

#### ■地域包括ケアシステムの5つの視点による取組み

##### 介護サービスの充実強化

- ・地域密着型サービスの拡充など在宅サービスの強化

##### 医療との連携強化

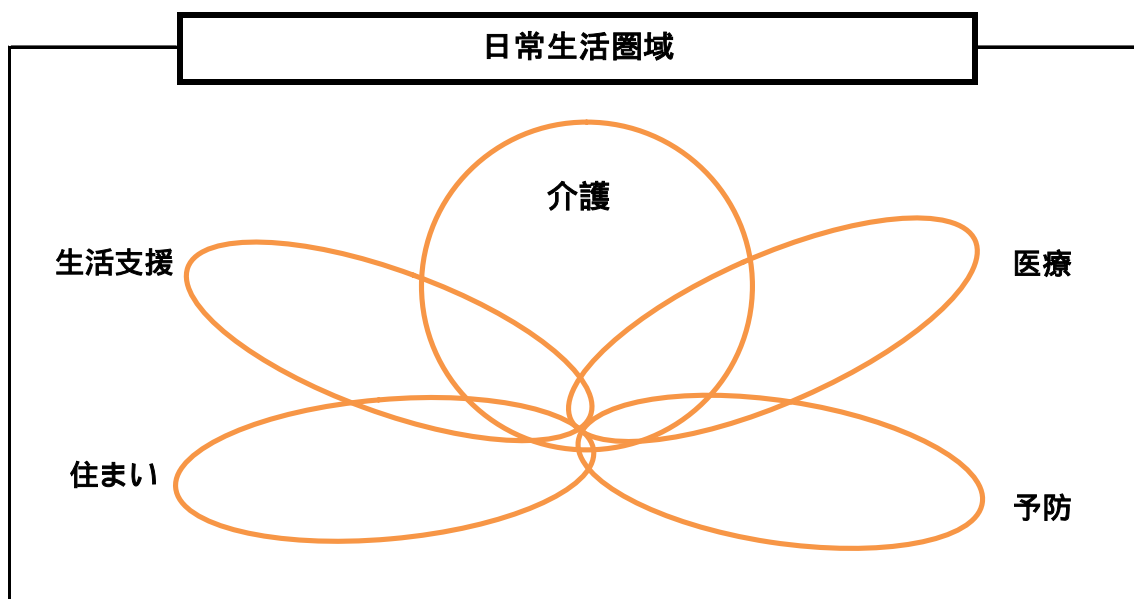
- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実促進

##### 健康づくりと介護予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための健康づくりや予防への取り組みの推進
- 見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護等
- ・ひとり暮らし、高齢者のみ世帯の増加、認知症高齢者の増加を踏まえた、様々な生活支援（見守り、配食等の生活支援や財産管理などの権利擁護）サービスの推進

##### 高齢期になっても住み続けることのできる住まいの整備

- ・住宅改修やサービス付き高齢者向け住宅などの住まい選択に関する情報を分かりやすく案内



### (3) 阿蘇市の日常生活圏域

介護保険制度の改正に伴い、高齢者が日常生活を営んでいる身近な生活圏域ごとにサービス拠点を整備していく方向へシフトしています。

国は、介護基盤の整備について、「日常生活圏域」を基本的な単位とし、「多様な地域性」を尊重しつつ、当該地域における人的・物的資源を最大限活用し、有機的連携を持ったサービス提供が行われることを基本とする必要があると示しています。

第3期計画においては、上記を勘案し、5つの日常生活圏域を設定しました。

日常生活圏域	面積	高齢者数 (1号被保険者)	1km <sup>2</sup> 当たり の高齢者数
	km <sup>2</sup>		
一の宮	105.53	2,776	26.31
山田・内牧	91.90	2,329	25.34
碧水・乙姫	39.37	1,950	49.53
尾ヶ石・阿蘇西	68.69	1,179	17.16
波野	71.36	559	7.83
合計	376.25	8,793	23.37

平成23年3月末現在

#### 【第5期計画期間における日常生活圏域設定の考え方】

現在の地域包括支援センター及びブランチの活動範囲や地域密着型サービスのバランス、第3期計画及び第4期計画に沿って実施してきた介護基盤整備の状況に鑑み、第5期計画期間における日常生活圏域は変更せず、介護予防事業の充実と包括的地域ケアの強化を図っていきます。

### 3. 施策と施策体系

基本方向や第5期計画目標に基づき、2015年の市の将来像「住民が地域の一人暮らしや閉じこもりがちな高齢者に気づき、地域で見守りをしていく中で高齢者が安心して生活していけるような地域」を実現するため、第4期計画で取り組んできた高齢者の在宅生活の継続を支援する事業の成果や地域の現状、今般の介護保険制度の改正を踏まえ、9つの施策を設定しました。

#### (1) 9つの施策と施策の方向性

##### 施策1 地域包括支援センターを中心とする相談支援体制の充実

地域包括支援センターの機能を強化し、地域との連携を深めることで相談支援体制の充実を図り、高齢者が地域の中で安心して生活できる状態を目指します。

相談機能の充実及び対応力の強化  
高齢者虐待への対応と権利擁護の充実強化

##### 施策2 地域密着型サービスと在宅介護の充実

要介護状態になっても、一人ひとりに合ったサービス提供がいつでも受けられるように、住み慣れた地域に多様なサービス拠点が整備された状態を目指します。

介護保険施設サービスの質の充実  
地域密着型サービス拠点等の充実

##### 施策3 認知症支援策の充実

市民、関係機関、市が協力して、認知症高齢者やその家族を支えることにより、認知症になっても安心して暮らせる地域社会の実現を目指します。

各地域を網羅する普及・啓発の推進  
脳血管性認知症予防への取り組み  
相談体制の整備と早期対応  
家族介護者への支援  
認知症の方の権利擁護  
認知症高齢者や若年性認知症に対する適切な支援の検討

#### 施策4 切れ目のない医療と介護の連携のサービスづくり

住み慣れた地域で継続して生活できるように介護・医療サービスが切れ目なく提供できる地域社会の実現を目指します。

在宅療養のための介護・医療連携の仕組みづくり  
認知症対策における介護・医療の連携  
人材の育成・確保

#### 施策5 健康づくりと介護予防の推進

高齢者が自ら健康づくりと介護予防に取り組むことができるよう支援することにより、要支援・要介護状態となることを予防し、活動的で生きがいのある生活を送ることができる地域社会の実現を目指します。

特定健康診査等による健康づくりの推進  
健康・保健指導等の充実  
介護予防事業の推進

#### 施策6 高齢者の生活支援及び見守りの充実

一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯等で支援を必要とする高齢者が、一人ひとりの心身の状況にふさわしい生活支援サービスを受けながら、地域の関係者の協力・連携による見守りにより、住み慣れた地域で安心して暮らせる状態を目指します。

任意事業による生活支援と見守り  
ともに支え合うまちづくりの推進  
安全に安心して暮らせるまちづくりの推進

#### 施策7 高齢者の社会・地域貢献活動の促進

高齢者が地域への関心を深め、さまざまな分野で社会参加が進むとともに、地域づくりを支える担い手として主体的に参加している元気高齢者の地域づくりを目指します。

高齢者の多様な社会参加の推進  
社会参加活動を担う人材の育成

## 施策8 高齢期の住まい方の支援

高齢者の希望や心身の状況に応じた住まいづくり、住まい方ができるよう支援し、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる地域を目指します。

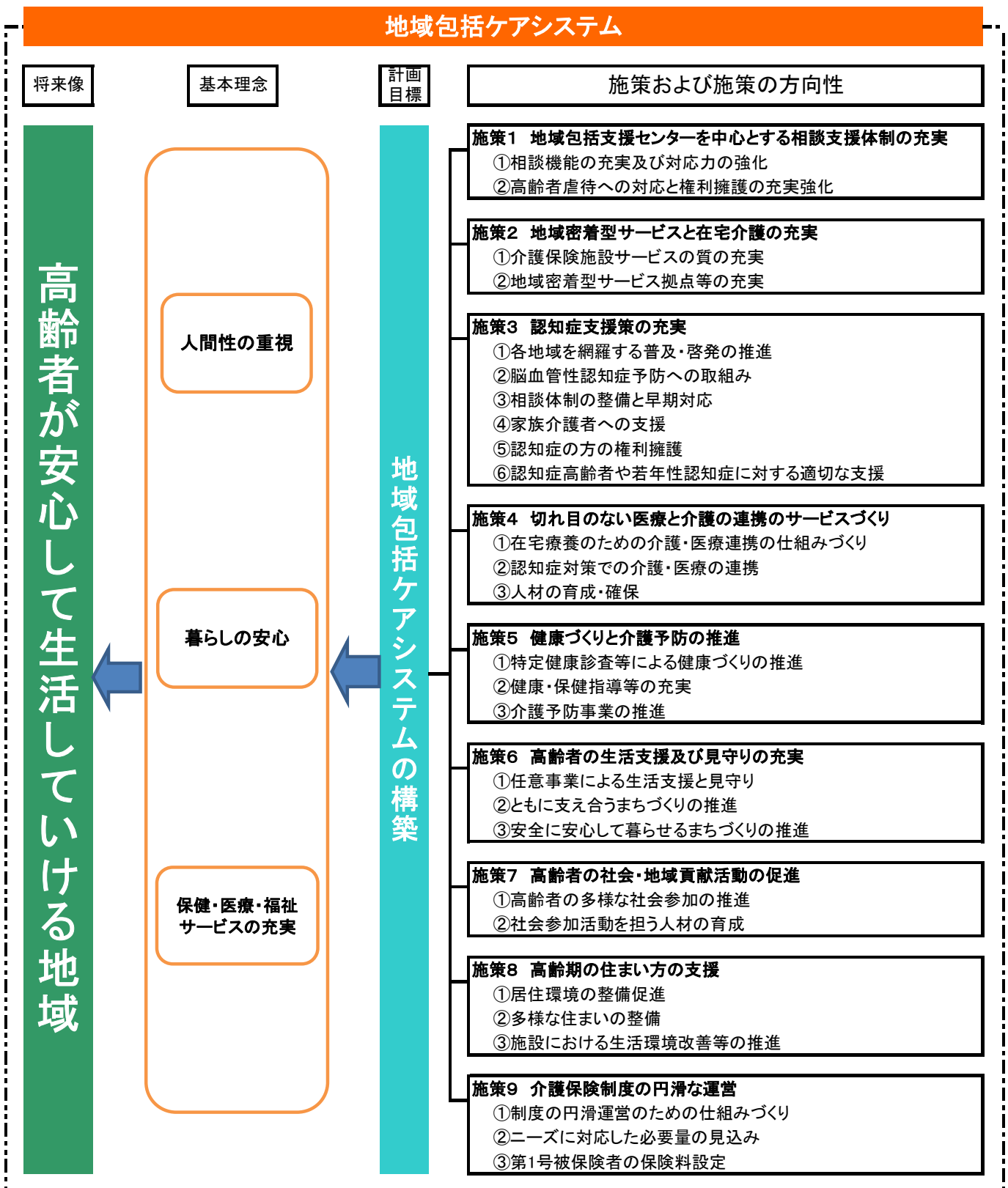
居住環境の整備促進  
多様な住まいの整備  
施設における生活環境改善等の推進

## 施策9 介護保険制度の円滑な運営

介護が必要になっても、地域で安心して暮らすことができるよう、介護保険サービスの量と質の確保に努めるとともに、介護保険事業を円滑に運営するために、介護給付の適正化、低所得者への支援及び事業者への適正な指導等を行います。

制度の円滑運営のための仕組みづくり  
ニーズに対応した必要量の見込み  
第1号被保険者の保険料設定

## (2) 計画における施策等の体系



# 各 論

「安心して暮らせる快適なまちづくり」の実現のために



# 第1章 地域包括支援センターを中心とする相談支援体制の充実

## ■【目標】■

地域包括支援センターの機能を強化し、地域との連携を深めることで相談支援体制の充実を図り、高齢者が地域の中で安心して生活できる状態を目指します。

## 1. 現状と課題

### (1) 現状

包括的支援事業として、1) 介護予防マネジメント事業 2) 総合相談・支援事業 3) 権利擁護事業 4) 包括的・継続的マネジメント支援事業の4つの事業を行っています。

「阿蘇市地域包括支援センター」において、1) は保健師、2) と3) は社会福祉士、4) は主任介護支援専門員が主に担当しますが、各職種がセンターの業務全体を理解し、相互に連携・協働しながら、チームとして実施できるよう配慮しています。

#### 介護予防マネジメント事業

地域の高齢者が、住みなれた地域で安心して生活をするようにするため、本人でできることはできる限り本人が行うことを基本としつつ、利用者のできることを利用者とともに発見し、利用者の主体的な活動と参加意欲を高めることを目指すものです。

具体的には、要支援認定者及び二次予防事業対象者の介護予防マネジメントを行い、効果的なサービスを提供し、自立した生活のための能力維持、向上ができるよう支援します。

自立保持のための身体的・精神的・社会機能の維持向上を目標としている介護予防事業に関するケアマネジメントは、二次予防事業対象者把握事業において把握・選定した二次予防事業対象者（虚弱高齢者）について、「阿蘇市地域包括支援センター」が定めるプロセスにより実施します。

「阿蘇市地域包括支援センター」では、要介護状態になることの予防と状態の悪化予防の一体的対応を図る観点から、予防給付にかかるマネジメント業務も併せて実施しています。

## 総合相談・支援事業/権利擁護事業

総合相談・支援及び権利擁護の業務は、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していくことができるようにするために、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、機関または制度の利用につなげる等の支援を行うものです。

内容としては、1) 地域におけるネットワーク構築業務 2) 実態把握業務 3) 総合相談・支援 4) 権利擁護業務があげられます

## 包括的・継続的マネジメント支援事業

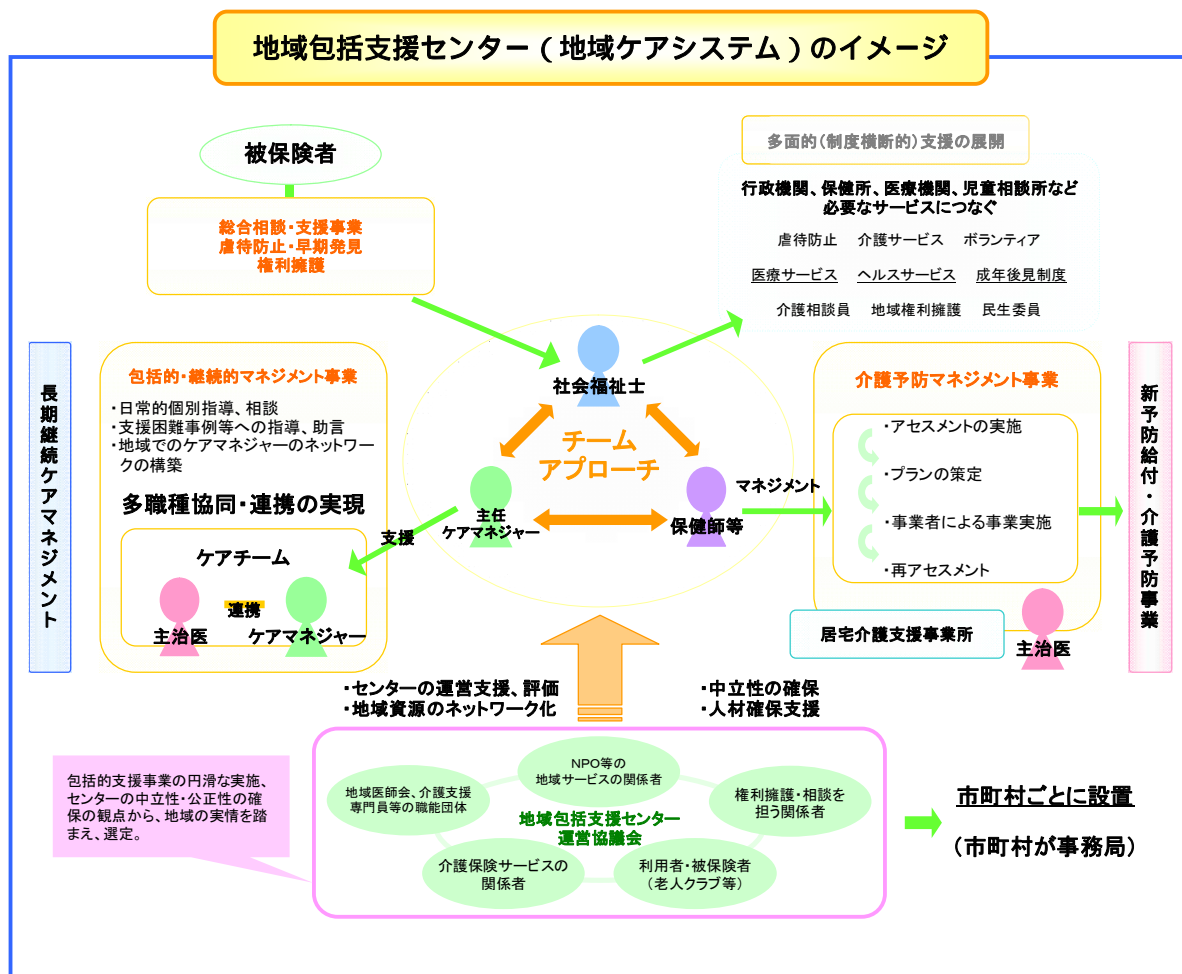
地域の高齢者が住み慣れた地域で暮らすことができるよう、主治医、介護支援専門員との他職種協働と、地域の関係機関との連携により、包括的・継続的マネジメントを実現するための後方支援を行います。

内容は、1) 日常的個別指導・相談業務 2) 支援困難事例等への指導・助言業務 3) 包括的・継続的なケア体制の構築支援 4) 地域における介護支援専門員のネットワーク形成業務などが挙げられます。

## (2) 課題

「地域包括支援センター」に対する市民の認知度はまだ低い状況にあり、人的資源に限りがある中で、住民の認知度を高め、より効率的に高い水準の相談支援が行える体制を構築する必要があります。具体的には、国の指針で示された介護、医療、保健、予防、住まい、生活支援サービスが連携して高齢者を支援する地域包括ケアシステムの構築に向け、要介護高齢者が、入院、退院、在宅復帰後の日常生活を通じ、介護、医療、生活支援サービスが切れ目なく提供できるよう、関係機関や介護支援専門員との連携体制づくりを進めていくことが必要です。

また、近年、全国的に高齢者虐待の相談件数が増えており、高齢者虐待への対応も強化する必要があります。高齢者の相談支援や見守りについては、地域包括支援センターのみで対応するだけでなく、地域で活動する様々な事業者、団体等との連携を深め、地域全体で高齢者を支援する仕組みが必要になります。



## 2. 施策の方向性と主な取り組み

### (1) 相談機能の充実及び対応力の強化

地域包括支援センターの機能を強化するにあたって、高齢者虐待や支援困難事例への対応等、重点的に行うべき業務に傾注できるよう、国や県の情報等を収集しながら、同センターの業務を委託し地域に密着した業務のあり方や体制等について検討します。

また、要介護高齢者等の在宅生活での課題把握や活用できる地域資源の発掘等を進めながら、行政担当者や介護支援専門員、介護サービス事業所、医療機関、行政区の役員、民生・児童委員等、高齢者に関わる関係機関等で構成する地域ケア会議の開催等を通じて、地域の関係機関との連携体制を強化していきます。

併せて、介護支援専門員のケアマネジメント能力の向上支援、高齢者虐待や処遇困難事例等への対応スキルを向上していくための取組みも実施します。

## ①相談機能の充実

地域包括支援センター及び在宅生活支援センターを中心として、相談機能の充実に努めています。最近の相談内容は、経済的な問題や認知症の事例など、複雑かつ長期的な支援が必要となっていることから、担当職員のスキルアップとともに各関係機関との連携を図る必要があります。

### 【今後の方策】

担当職員が生活保護や認知症事例に対応できるよう、各種研修会等を利用しスキルアップを図ります。併せて、各種関係機関との連携構築も進めます。

## ②総合相談支援・権利擁護事業の推進

### 1) 総合相談支援事業

高齢者の相談を総合的に受け付け、必要な支援及び情報提供、関係機関との連携対応などを行っています。具体的には、地域包括支援センター、在宅生活支援センターにおいて、各種の保健福祉サービス及び介護保険サービス、日常生活上に関する相談、医療相談、在宅介護に関する相談などに対し、電話や面接、家庭訪問等による総合相談を展開しています。最近の相談内容は、経済的困窮や認知症など複雑な原因が絡み合った事例が多く、担当職員のスキルアップとともに各関係機関との連携を図る必要があります。

### 【今後の方策】

地域包括支援センター、在宅生活支援センターにおいて、多様化する相談に対応できるよう、担当職員のスキルアップを図ります。また、各種関係機関とのネットワーク体制づくりを推進し、相談者やその家族の福祉の向上が図れるよう活動します。

### 2) 在宅生活支援センターの機能強化

中山間地域の集落が広範囲に点在する本市では、地域に密着した相談機関として、阿蘇在宅生活支援センター、阿蘇みやま荘在宅生活支援センター、一の宮在宅生活支援センターの3カ所を設置しています。困難事例等には、地域包括支援センター等と連携し対応しています。

在宅生活支援センターは、一人暮らしや高齢者のみの世帯などで、介護保険サービス未利用世帯を中心にした定期訪問活動やその他不安を抱える世帯へ訪問しています。近年は、認知症高齢者への対応や扶養義務者と疎遠な方への対応が困難を極めているなど課題を抱えています。

### 【今後の方策】

相談を受けた事例について、個人情報保護に留意しながら地域包括ケアシステムを活用し、地域包括支援センターと情報を共有し、困難事例については関係各機関と協力・連携して対応します。

相談事例件数の実績と計画

在宅生活支援センター	H21	H22	H23	H24	H25	H26
	実績(H23は見込み)			計画		
阿蘇(件)	600	409	650	700	750	800
みやま荘(件)	304	232	350	400	450	500
一の宮(件)	917	965	950	1,000	1,050	1,100
合計(件)	1,821	1,606	1,950	2,100	2,250	2,400

### 3) 訪問型家族介護支援事業の推進

高齢者を現に介護している家族を対象に、家庭へ訪問し、介護方法の技術や各種制度の知識を習得してもらうことを目的とした事業です。各在宅生活支援センターが、等事業の提供が必要なケースを把握するとともに、介護支援専門員からの依頼にも対応しています。

### 【今後の方策】

介護者の精神的負担の軽減を図れるような指導を行うため職員のスキルアップを図ります。また、今後も、在宅での介護を支援するため、それぞれの家庭のニーズに応じた柔軟な事業を展開します。

訪問件数の実績と計画

在宅生活支援センター	H21	H22	H23	H24	H25	H26
	実績(H23は見込み)			計画		
阿蘇(件)	19	44	45	50	55	60
みやま荘(件)	0	0	10	15	20	25
一の宮(件)	44	56	60	65	70	75
合計(件)	63	100	115	130	145	160

## (2) 高齢者虐待への対応と権利擁護の充実強化

高齢者虐待への対応は、発見から対応までを一貫して継続的に対応することが望ましいとされており、「地域包括支援センター」で継続的に対応していくように努めます。

虐待が疑われる情報をきちんと受け止めるために、さまざまな情報取得の手段を用意する必要があり、地域の方々との連携関係を強化することにより情報の取得に努めます。また、介護施設職員による虐待を防ぐために、介護施設を対象に、虐待に当たる行為の周知に努めるとともに、職員に求められる職業倫理や知識、技術について指導を徹底します。併せて、虐待情報に確実な対応が取れるように、職員の

レベルアップを図るとともに、地域との連携を深め虐待対応マニュアルの確実な執行に努めます。

権利擁護についても制度の適切な活用と啓発を推進するとともに、消費者被害から高齢者を守る取組みも推進します。

### 高齢者虐待の防止

高齢者虐待の防止には、専門職に深い知識を養ってもらうとともに、広く住民にも啓発していく必要があります。

#### 【今後の方策】

阿蘇市虐待防止等対策連絡協議会や阿蘇地域虐待防止等対策連絡協議会等を通じて、広く啓発活動を展開します。また、専門職向けの研修会を開催するとともに、広報誌等を利用しての住民向けの啓発活動を進めます。

### 権利擁護の推進

当事者が、その人らしく地域で暮らすために、成年後見制度や日常生活自立支援事業（社会福祉協議会の権利擁護事業）の適切な活用や高齢者虐待の防止、消費者被害の防止、福祉制度の適切な活用、住民への啓発活動等を行い、権利擁護を推進します。

#### 【今後の方策】

民生委員等を中心に、啓発活動を展開することを検討します。併せて、権利擁護の推進を意図した地域包括支援センターや在宅生活支援センターの相談機能の充実を図ります。

### 消費者保護の推進

現在、消費生活相談室と連携し、消費者被害や啓発活動に取り組んでいます。消費者被害の手口の事例は、年々新しくなっており、高齢者への迅速な情報提供が必要です。

#### 【今後の方策】

今後も、消費生活相談室や警察と連携し、被害の救済及び啓発活動を展開します。

## 第2章 地域密着型サービスと在宅介護の充実

### ■【目標】■

要介護状態になっても、一人ひとりに合ったサービス提供がいつでも受けられるように、住み慣れた地域に多様なサービスが提供される状態を目指します。

### 1. 現状と課題

#### (1) 現状

第3期及び第4期計画では、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の3施設について、平成26年度に向けた供給目標を勘案しながら、利用者数を見込んできました。同時に、施設サービスの利用者数を見込むにあたっては、地域の実情を踏まえるとともに、地域における居宅サービス等の充実を図ることで高齢者の在宅生活を可能な限り維持させるという観点から、認定者数の伸びに比べて抑制してきました。

一方、居住系サービスについては、介護専用の認知症対応型共同生活介護（グループホーム）を拡充。地域密着型サービスについても、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護などを拡充してきました。

#### (2) 課題

今後、介護を受けたい場所として「可能な限り自宅で暮らしたい」など、多くの人が住み慣れた地域での暮らしを希望しています。

ただ、県の調べによると、特別養護老人ホームの入所申込者は135人（平成23年11月18日現在）となっており、これらの人々のうち、在宅で介護度が重い方や介護度が軽くても認知症が重い方など、真に入所が必要な方たちがかなりおられることが推定され、そういった方々の解消に向けた施設・居住系サービス基盤の整備が求められています。

今後の基盤整備においては、小学校区（日常生活圏域）ごとの特徴に配慮した基盤整備、柔軟性や機動性に優れた小規模の施設整備を推進しつつ、認知症高齢者の増加、地域包括ケアシステムの確立、さらには特別養護老人ホームの在宅待機者の解消に向け、広域型特別養護老人ホームを含めさまざまなサービス基盤の整備を図っていく必要があります。

また介護老人保健施設については、特別養護老人ホーム入所待機中に、長期にわたり介護老人保健施設に入所している方がいる現状を踏まえ、本来の役割である、

急性期、回復期を経て在宅へ復帰するための中間施設としての機能も十分に果たせるよう支援する必要があります。

短期入所生活介護施設（ショートステイ）については、利用者にとってより良いサービスにするための取り組みが必要であると同時に、介護する家族の負担を軽減する役割の重要性が高まっています。

## 2. 施策の方向性と主な取り組み

### （１）介護保険施設サービスの質の充実

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の3施設とも、26年度末で新增設は見込んでいません。ただし、本市域では山間地がかなりの部分を占めていることに鑑み、施設・居住系サービスの集落内への誘導や地域展開（サテライト化）を事業者に働きかけます。

介護老人保健施設については、第4期計画開始当初は平成23年度末を期限として、介護療養型医療施設の廃止が予定されており、それまでの間に介護老人保健施設等への転換が見込まれていました。ところが、第4期計画期間中に、制度廃止に伴う他施設への転換が、第6期計画期間の終期である平成29年度末まで延長されました。このため、第5期計画期間においても引き続き転換の支援を継続します。また、介護老人保健施設の本来の役割である、急性期、回復期を経て在宅へ復帰するための中間施設としての機能を十分に果たすため、どのような支援が有効なのかを、介護サービス事業者や、その他関係機関等と連携しながら検討していきます。

### （２）地域密着型サービス拠点等の充実

#### 認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）

認知症高齢者に、家庭的な雰囲気でご過ごせる場を提供し、認知症の症状を和らげるとともに家族の負担の軽減を図るため、認知症高齢者グループホームの利用を促進します。

#### 小規模多機能型居宅介護

事業所への「通い」を中心とし、利用者の状態や希望に応じて利用者の自宅への「訪問」や事業所での「泊り」を組み合わせるサービスを提供する小規模多機能型居宅介護の利用を促進します。

### **認知症対応型通所介護(認知症対応型デイサービス)**

認知症の方が、日帰りで事業所へ通い、入浴や排せつ、食事など日常生活上の介助などのサービスを提供することにより、認知症の症状を和らげるとともに家族負担の軽減を図るため、認知症対応型デイサービスセンターの利用を促進します。

### **介護保険法の改正により導入された新サービスの検討**

定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせる等、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせ提供する複合型サービスなどは、今後、国の動向や県、事業者の意向を踏まえつつ、整備促進に向けた検討を行います。

## 第3章 認知症支援策の充実

### 【目標】

市民、関係機関、市が協力して、認知症高齢者やその家族を支えることにより、認知症になっても安心して暮らせる地域社会の実現を目指します。

### 1. 現状と課題

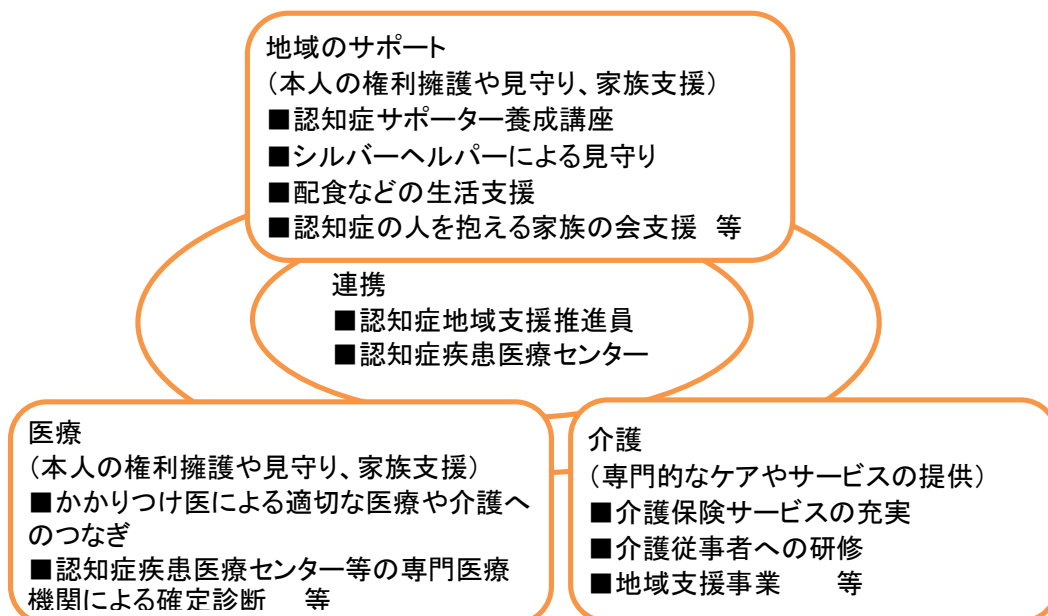
全国の動向と同様に本市でも高齢化が進んでおり、それに伴い認知症の方への個別事例への対応も増加しています。認知症については、医学の進展及び普及に伴い、日々新しい情報が更新されており、常に最新の情報を受け入れながら、支援策を講じている状況です。

本市では、平成23年度から市町村認知症施策総合推進事業を活用し、認知症地域支援推進員を配置しています。この認知症地域支援推進員は、認知症の方を支えるネットワーク形成や個別事例に対応しており、これから認知症施策の第一線で活躍されることが期待されています。また、本市には、認知症専門医療機関として認知症疾患医療センター（阿蘇やまなみ病院）があり、各種機関のネットワーク形成や個別事例等、常に連携して対応しています。

### 2. 施策の方向性と主な取り組み

認知症対策は、介護保険事業の中でも重点施策として位置付け、認知症地域支援専門員の活動により、支援策の展開を図っていきます。また、若年性認知症の方に対しても対応できる体制を整えます。

#### ■認知症の方を支える支援体制



## ( 1 ) 各地域を網羅する普及・啓発の推進

認知症については、日々新しい情報が更新されている状況です。認知症事業の啓発には、認知症サポーター養成講座等を活用して、広く住民に最新の情報を提供していくよう努めます。そのため、各地域を網羅するように専門職や認知症地域支援推進員等が地域に入り込み、認知症サポーター養成講座を開催していく必要があります。

### 【今後の方策】

認知症サポーター養成講座を、計画的に全地域に網羅できるよう展開します。キャラバンメイトと協力し、全地域で実施できるよう計画を立案し、住民に認知症の最新情報及び正しい知識を提供します。

## ( 2 ) 脳血管性認知症予防への取組み

認知症の約20%を占める脳血管性認知症については、脳梗塞や脳出血を予防することにより防げます。そのため、高血圧や肥満等の生活習慣病対策及び健診が効果的です。現状でも保健師等が各地域や会議で講話を行っており、今後は健診への参加を促進していきます。

### 【今後の方策】

地域包括支援センターや保健センターの保健師による講話をより活発化し、さらには健診への参加率向上を目指していくことで、脳血管性認知症の予防に寄与していきます。

## ( 3 ) 相談体制の整備と早期対応

相談体制については、従来の地域包括支援センターと在宅生活支援センターに加え、認知症支援推進員が相談対応できるようになるとともに、個別事例についても早期の対応がとれるようになっていきます。加えて、困難事例や窮迫した事例に対しては、認知症疾患医療センターと連携できる状態にあります。関係する職員は、常に認知症への知識を向上させ、迅速で適切な対応ができるよう、研修等によるスキルアップが重要になってきています。

### 【今後の方策】

各種研修会への積極的な参加により、スキルアップを図っていきます。また、認知症疾患医療センターと連携して、研修会を独自に開催していくことも検討します。

## ( 4 ) 家族介護者への支援

高齢の認知症の方を介護している方も高齢であるという、いわゆる“老々介護”に加えて、最近では認知症の方を介護する方も認知症であるという、“認々介護”という言葉も生まれています。介護者は想像もつかないくらいの負担を強いられ、

しかも介護期間が長期化しているため、疲労困憊し、それが虐待につながることもあります。家族介護者への適切な支援を講じることが急務の課題となっています。

#### 【今後の方策】

介護は家庭だけの問題ではないということを啓発活動し、相談員等を派遣できるような体制づくりを行います。また、家族の会等の家族を支える事業を展開します。

### ( 5 ) 認知症の方の権利擁護

適切な意思表示をできない認知症の方に対して、地域の実情に応じた見守りや社会資源の活用を図っていく必要があります。民生・児童委員やシルバーヘルパーの見守りに加え、成年後見制度の活用等を推進していく必要があります。

#### 【今後の方策】

民生・児童委員や社会福祉協議会との連携が重要になることから、認知症の方を支えるネットワークの形成を図ります。また、市長による後見申立や後見人に対する報酬の助成制度も積極的に活用します。

### ( 6 ) 認知症高齢者や若年性認知症に対する適切な支援の検討

認知症高齢者の在宅生活を支えるため、介護、医療をはじめ様々な在宅サービスが提供されていますが、日常生活全体に着目すると、各々のサービスが連携せず効果的な支援につながっていない場合があります。また、65歳未満で認知症を発症した若年性認知症の方については、正確な実態が把握されておらず、社会的な理解も進んでいません。

#### 【今後の方策】

認知症高齢者の日常生活全体を視野に入れた適切なサービスの選択・提供が行われるために、介護、医療等のサービス提供者が、家族や地域の実情に配慮しながら、症状の発見から、治療、施設への入所、在宅への復帰までの、継続的かつ包括的な支援に必要な情報を共有化する仕組み（認知症ケアパス）や、認知症高齢者の心身の状態変化を想定した標準的な支援のあり方（認知症ケアモデル）を検討します。また、若年性認知症に対する理解を促進し、支援の充実を図るために、若年性認知症の方を支援している事業者や若年性認知症介護家族会への調査等を行って実態を把握し、必要な支援について検討します。これらの研究は、国や県の動向を踏まえつつ、地域の介護、医療分野の関係者等と連携しながら取り組みます。

## 第4章 切れ目のない医療と介護の連携

### ■【目標】■

住み慣れた地域において継続して生活できるように介護・医療サービスが切れ目なく提供できる地域社会の実現を目指します。

### 1. 現状と課題

#### (1) 現状

在宅要支援・要介護高齢者の多くは、介護が必要になったとしても、住み慣れた地域での生活を希望しています。また、多くの要支援・要介護者が日常的に通院・往診等の医療サービスを利用しています。

介護が必要になっても住み慣れた地域や自宅で安心して生活するためには、介護、医療、予防、住まい、生活支援サービスが一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築していく必要があります。その実現のためには、介護と医療が連携して個々の状態とニーズを踏まえた適切なサービスを提供していくことが重要です。

とりわけ、認知症の症状がある方については、早期発見と迅速な診断に基づき、適切な医療と介護の支援を受けることが不可欠です。そのために、かかりつけ医と専門医の連携、さらには介護と医療の連携体制の仕組みを具体的に構築することが求められています。

#### (2) 課題

自宅で療養をするうえでの必要な情報を医療機関と介護サービス事業者が共有できる仕組み、在宅療養に関する相談機能、医療行為が必要な方へのサービスに改善の余地があるなど、介護と医療の連携がまだ不十分な現状にあります。介護サービス従事者と医療関係者が、病状に関する情報や治療方針・介護方針を共有し、連携して対応することは、在宅療養の維持継続に重要であり、これをより一層進めていく必要があります。

また、連携を促進するために、介護サービス従事者と医療関係者は、お互いに理解を深め、協力していく必要があります。同時に、訪問看護師、介護支援専門員、介護職員等、在宅療養を支える人材を確保する必要があります。

## 2. 施策の方向性と主な取り組み

### (1) 在宅療養のための介護・医療連携の仕組みづくり

#### 在宅療養のための相談窓口機能の充実

在宅療養を希望する要介護者を支える多様な職種、施設、団体等のネットワークを、効果的に機能させるために、地域包括支援センターを中心に在宅療養に関するネットワークづくりを行います。

#### 介護・医療情報の共有

在宅療養を支える介護サービス従事者と医療関係者の双方が、地域の介護サービス、医療機関情報等を共有できるようにします。

また、在宅療養をする要介護者の介護・医療情報を記載したシートの作成や、介護・医療分野の関係団体による会議等を開催する等、情報共有の促進に向けて取り組んでいきます。

#### 在宅療養者向けの介護・医療サービス等の充実

地域の介護サービス事業者と医療機関には、それぞれの役割に応じた、在宅療養への様々な連携が求められています。なかでも、在宅療養をする要介護者の状態の急変時に必要な緊急一時入院病床の確保は重要です。

短期入所療養介護（ショートステイ）は、介護家族等の事情により在宅療養生活を一時中断する必要が生じた場合等に備え、充実が求められますが、整備が医療法人に限られているため、介護老人保健施設の空室を利用して行われているのが現状です。このため短期入所療養介護のサービス量の十分な確保に努めます。

また、第5期から制度化される定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービスの活用法についても研究や情報収集に努めます。

### (2) 認知症対策における介護・医療の連携

「第3章 認知症支援策の充実」の一部を再掲

これらの方策は、国や県の動向を踏まえつつ、地域の介護、医療分野の関係者等と連携しながら取り組みます。

#### ①継続的かつ包括的な支援体制の構築

認知症高齢者の在宅生活を支えるため、介護、医療をはじめ様々な在宅サービスが提供されていますが、日常生活全体に着目すると、各々のサービスが連携せず効果的な支援につながっていない場合があります。このため、認知症高齢者の日常生活全体を視野に入れた適切なサービスの選択・提供が行われるために、介護、医療等のサービス提供者が、家族や地域の実情に配慮しながら、症状の発見から、治療、

施設への入所、在宅への復帰までの、継続的かつ包括的な支援に必要な情報を共有化する仕組み（認知症ケアパス）や、認知症高齢者の心身の状態変化を想定した標準的な支援のあり方（認知症ケアモデル）を検討します。

### 若年性認知症に対する理解の促進

65歳未満で認知症を発症した若年性認知症の方については、正確な実態が把握されておらず、社会的な理解も進んでいません。このため、若年性認知症に対する理解を促進し、支援の充実を図るために、若年性認知症の方を支援している事業者や若年性認知症介護家族会への調査等を行って実態を把握し、必要な支援について検討します。

## （3）人材の育成・確保

### 人材の育成

県等と連携しながら、介護と医療の連携に係る研究会や講演会等を開催し、在宅療養のあり方を再認識する機会を設けます。

### 人材の確保

介護・医療サービスの量的・質的な継続性を確保し、増加が見込まれる在宅療養ニーズに応えていくためには、在宅療養を支える人材の確保が不可欠です。

そのためには、国や県へ職場環境（処遇）改善を継続して要望していきます。また、介護職、医療職の人材を掘り起こし、確保するために、介護サービス事業者や医療機関の求人等募集活動に協力します。

## 第5章 健康づくりと介護予防の推進

### ■【目標】■

高齢者が自ら健康づくりと介護予防に取り組むことができるよう支援することにより、要支援・要介護状態となることを予防し、活動的で生きがいのある生活を送ることができる地域社会の実現を目指します。

## 1. 現状と課題

### (1) 現状

市はこれまで保健指導（健康教育、健康相談、訪問指導）や健康診査・検診の参加率や受診率の向上に努めてきました。受診による早期発見と生活習慣病の予防や改善にむけた指導等を行っており、特定健康診査を受診された方の健康診査結果説明会等への参加は高率となっており、一定の成果をあげています。

また、一次予防事業（介護予防一般高齢者施策）としての普及啓発と、二次予防事業（介護予防特定高齢者施策）としての各種講座、教室の参加率向上にも努めてきています。

### (2) 課題

介護予防事業は、全国的に見ても、参加人数が伸びないこと、制度が定着しない等様々な問題が指摘され、国の事業仕分けにおいても費用対効果が問われています。

そうした状況下において、平成22年8月に国による介護予防事業実施内容の見直しがありました。主な見直し内容は、二次予防事業対象者の把握方法を簡素化および効率化する、二次予防事業対象者に対する介護予防ケアプラン作成に係る業務を軽減する、プログラム内容をより高齢者のニーズにあったものに見直すといったものです。

このような現状を踏まえ、介護予防・日常生活支援総合事業の取り組みも視野に入れながら、より効果的な事業となるよう検討する必要があります。

## 用語解説

### 【介護予防事業】

介護予防事業は、高齢者が、要支援・要介護状態になることへの予防・軽減・悪化の防止を目的として実施される事業です。

心身の状況改善のみを目指すのではなく、生活機能全体の維持・向上を通じ、在宅で活動的で生きがいのある生活や人生を送ることができるよう支援を行います。

介護予防事業には、全高齢者を対象とする一次予防事業と、主として生活機能の低下が見られる高齢者を対象とする二次予防事業があります。

一次予防事業と二次予防事業は、相互に密接に連携しながら、要支援1・2の方を対象とする予防給付と関連しながら継続的、総合的に展開されます。

一次予防事業は主として活動的な状態にある高齢者を対象に、「高齢者の生きがいと健康づくり事業」や「はつらつ健康教室」、「ふれあいサロン」を開催し、生活機能の維持または向上に向けた取組みを行っています。

これに対し、二次予防事業として主に、生活機能の低下が見られ要支援、要介護状態となるおそれの高い高齢者を対象に、運動器の機能向上や、栄養改善、口腔機能の向上等の講座、教室等を実施しています。

二次予防事業対象者の把握には、第1号被保険者(65歳以上)のうち、要介護認定を受けていない高齢者を対象に、心身状況を把握するための25項目の質問に回答する基本チェックリスト等の実施による判定を行っています。

## 2. 施策の方向性と主な取り組み

### (1) 特定健康診査等による健康づくりの推進

平成20年度以来、健康保険組合や国民健康保険などの医療保険者による、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の予防・改善を目的とした特定健康診査と特定保健指導に取り組んでいます。

#### 特定健康診査の実施

##### 1) 基本的考え方

今後の新たな健診においては、糖尿病等の生活習慣病、とりわけメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者・予備群を減少させるため、保健指導を必要とする人を的確に抽出するための健診項目とします。

また、質問項目は、生活習慣病のリスクを評価するためのものであること、保健指導の階層化と健診結果を通知する際の「情報提供」の内容を決定する際に活用するものであることという考え方に基づくものとします。

なお、過去の健診項目との比較や健診実施体制の確保の容易性から、既に実施されてきている他の健康診査等(介護保険法に基づく地域支援事業を含む)との関係について整理することが必要です。

## 2) 具体的な健診項目

健診項目のうち、「健診対象者全員が受ける基本的な健診」と「医師が必要と判断した場合に選択的に受ける詳細な健診」の項目は以下の内容が示されています。

### 健診対象者の全員が受ける基本的な健診

質問項目、身体計測(身長、体重、BMI、腹囲<内臓脂肪面積>)、理学的検査(身体診察)、血圧測定、血液化学検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)、肝機能検査(AST<GOT>、ALT<GPT>、 $\gamma$ -GT< $\gamma$ -GTP>)、血糖検査(空腹時血糖又はHbA1c検査)、尿検査(尿糖、尿蛋白)

本市では糖尿病からの人工透析を防ぐために、独自項目として次の検査項目を追加して実施しています。

### 本市独自の検査項目

血糖検査(HbA1c検査)、尿検査(潜血)、貧血検査(赤血球数、血色素量<ヘモグロビン値>、ヘマトクリット値)、心電図検査、クレアチニン

### 医師が必要と判断した場合に選択的に受ける詳細な健診

眼底検査(一定の基準の下、医師が必要と判断したものに実施)

## 特定保健指導の実施

特定保健指導は、特定健康診査の結果、腹囲、血糖値等が所定の値を上回る方で、「動機づけ支援」と「積極的支援」のそれぞれの対象となった人に対して実施します。

### 1) 動機づけ支援の実施

特定健康診査の結果から、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣改善のための自主的な取り組みを積極的に行えるようになることを目的として実施します。実際には対象者との面接のもと、行動計画を作成し、生活習慣改善のための取り組みに係る動機づけに関する支援及び計画の実績評価を行います。

### 2) 積極的支援の実施

特定健康診査の結果から、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣改善のための自主的な取り組みを継続的に行えるようになることを目的として実施します。実際には対象者との面接のもと、行動計画を作成し、生活習慣改善のために主体的に取り組めるよう3カ月以上継続して働きかけを行います。また、計画の進捗状況評価及び計画の実績評価を行います。

### 3) ハイリスク者の保健指導の実施

「特定保健指導」「情報提供」対象者の中でガイドライン以上の検査値の方に対して、個別に家庭訪問して保健指導を実施し、重症化の予防に努めます。

## (2) 健康・保健指導等の充実

### 保健指導(健康教育、健康相談、訪問指導等)

#### 1) 健康手帳の交付

生活習慣病の予防及び健康の保持と適切な医療のための知識普及として交付しています。

健診結果説明会(集団及び個人)、健康教室、いきいき教室、保険証交付会時に活用法を説明し、交付しています。

#### 【今後の方策】

健康相談・健康教室の参加状況・健康診査の受診結果記録・医療機関受診状況を記録することで、健康の自己管理をすることを目的としていますが、活用できていない状況にあります。健康手帳の活用が図れるように、今後も健康相談・健康教室等を通じて活用方法を周知していきます。

健康手帳交付の実績と計画

	H21	H22	H23	H24	H25	H26
	実績(H23は見込み)			計画		
交付数(件)	311	383	450	400	400	400

#### 2) 集団健康教育の開催

一般住民及び健康診査対象者に対して、心身における健康増進、維持を目的に正しい知識の普及及び日常生活の改善に向けての健康教室を開催しています。

#### 【今後の方策】

健康教室の対象を、後遺症を残しやすい脳卒中や心臓疾患・腎臓疾患の原因疾患となっているメタボリックシンドロームの予防を重点的に実施しています。血管を守り疾病を予防する視点での健康教室を展開していきます。

集団健康教育の実績と計画

		H21	H22	H23	H24	H25	H26
		実績(H23は見込み)			計画		
病態別	延べ利用者数(人)		144	420	200	200	200
	開催回数(回)		12	25	15	15	15
一般	延べ利用者数(人)	326	288	720	700	700	700
	開催回数(回)	33	24	22	20	20	20
合計	延べ利用者数(人)	326	432	1140	900	900	900
	開催回数(回)	33	36	47	35	35	35

### 3) 健康相談の開催

住民の健康に関する指導や助言等を行っています。本庁や各支所での相談、健康測定日の相談などを実施し、住民への利用を勧めています。

#### 【今後の方策】

本市の健康課題は腎不全の原因疾患である糖尿病であるため、今後も継続して糖尿病予防に力を入れていきます。総合健康相談については、心身の一般的な相談窓口として実施していきます。相談等に来られない方々が健康課題を抱えているケースが多いことから、今後は家庭訪問等を増やしていくことを検討します。

健康相談の実績と計画

		H21	H22	H23	H24	H25	H26
		実績(H23は見込み)			計画		
病態別	延べ利用者数(人)	220	428	120	100	100	100
	開催回数(回)	15	18	50	50	50	50
総合健康相談	延べ利用者数(人)	540	534	200	120	120	120
	開催回数(回)	180	106	60	30	30	30

### 4) 訪問指導の開催

青壮年の健康を保持増進するために、健康寿命延伸を主眼とした早期予防を目的に、精密検査対象者への受診勧奨、ハイリスク者(要指導者)への生活指導を、保健師・看護師・栄養士が訪問指導しています。

健康診断受診者については、精密検査対象者への受診勧奨、要指導者には生活習慣の改善、メタボリックシンドローム及びその疑いのある対象者には特定保健指導を実施しています。また、健康診断未受診者については、受診勧奨の訪問を実施しています。

#### 【今後の方策】

早世予防を目的としているため、青壮年に対象を絞った上記訪問は効果的であると思われることから、今後も同様に継続していきます。

訪問指導の実績と計画

	H22	H23	H24	H25	H26
	実績(H23は見込み)		計画		
要指導者(延べ人数)	520	500	500	500	500
閉じこもり予防	1	1	2	2	2
介護家族者	2	2	2	2	2
その他(寝たきり、認知症等)	2	2	2	2	2

## 5) 健康診査の開催

生涯を通じた健康の保持・増進と生活習慣病の早期発見と生活習慣の改善を目的に実施しています。住民の方型が受診しやすい状況を整えるために、土日の開催や受診日の増数、若い世代の受診者増加を図るための託児等工夫をしています。

### 【今後の方策】

特定検診については、国の方針により平成24年度までに受診率を65%にする必要がありますが、阿蘇市の目標ではこれまでの実績を基に40%としています。また、未受診者への意識向上のための勧奨を行っています。

がん検診については、全国平均・熊本平均よりもすべての項目において、阿蘇市は受診率が高いため、それを維持しながら、国の目標である50%に近づけるよう、また50%を超えているものはさらに受診率を伸ばすことができるように、それぞれ3%上昇を目標とし、早期発見を目指します。

健康診査の実績と計画

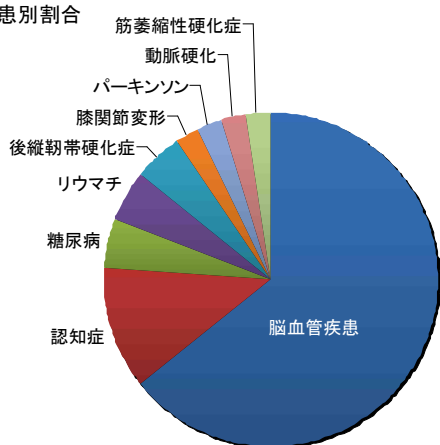
		H21	H22	H23	H24	H25	H26
		実績(H23は見込み)			計画		
特定健康診査	対象者数(人)	6,175	6,064	7,019	6,969	7,000	7,000
	受診者数(人)	2,029	2,419	4,001	4,530	4,550	4,550
	受診率(%)	32.9	39.9	57.0	65.0	65.0	65.0
胃がん検診	対象者数(人)	7,693	6,692	6,600	6,600	6,600	6,600
	受診者数(人)	1,942	1,995	1,862	1,900	2,000	2,050
	受診率(%)	25.2	29.8	28.2	28.8	30.3	31.1
肺がん検診	対象者数(人)	7,891	7,523	7,500	7,500	7,500	7,500
	受診者数(人)	3,201	3,374	3,301	3,400	3,450	3,500
	受診率(%)	40.6	44.8	44.0	45.3	46.0	46.7
大腸がん検診	対象者数(人)	7,538	7,189	7,200	7,200	7,200	7,200
	受診者数(人)	2,217	2,486	2,500	2,600	2,650	2,700
	受診率(%)	29.4	34.6	34.7	36.1	36.8	37.5
子宮がん検診	対象者数(人)	5,750	4,712	4,800	4,800	4,800	4,800
	受診者数(人)	1,979	2,096	2,055	2,100	2,150	2,200
	受診率(%)	34.4	44.5	42.8	43.8	44.8	45.8
乳がん検診	対象者数(人)	4,006	4,069	4,050	4,050	4,050	4,050
	受診者数(人)	2,621	2,749	2,589	2,600	2,650	2,700
	受診率(%)	65.4	67.6	63.9	64.2	65.4	66.7

## ■平成22年度 2号被保険者介護認定者の実態

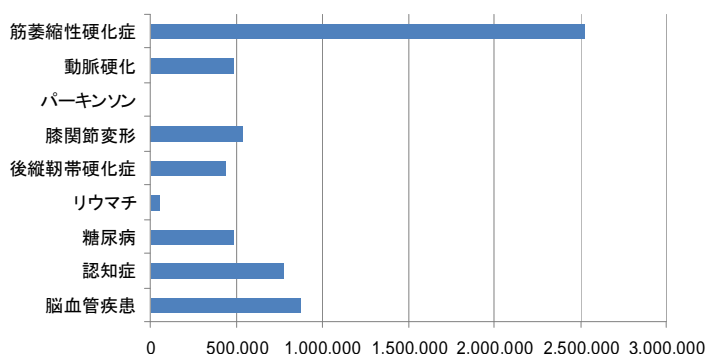
### 1. 疾患別人数

	人数	%	年間使用金額	年一人平均 使用金額
脳血管疾患	27	64.3	23,507,570	870,651
認知症	5	11.9	3,858,594	771,719
糖尿病	2	4.8	961,833	480,917
リウマチ	2	4.8	89,800	44,900
後縦靭帯硬化症	2	4.8	854,598	427,299
膝関節変形	1	2.4	533,833	533,833
パーキンソン	1	2.4	0	0
動脈硬化	1	2.4	482,520	482,520
筋萎縮性硬化症	1	2.4	2,521,140	2,521,140
計	42	100.0	32,809,888	

■ 疾患別割合



■ 一人平均年間サービス利用金額



### 2. 疾患別介護度

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
脳血管疾患	1	5	6	6	4	2	3	27
認知症			2		2	1		5
糖尿病		1	1					2
リウマチ		1	1					2
後縦靭帯硬化症	1		1					2
膝関節変形				1				1
パーキンソン				1				1
動脈硬化		1						1
筋萎縮性側索硬化症							1	1
	2	8	11	8	6	3	4	42

#### 【考察】

65歳未満の2号認定者は、42名で64.3%が脳血管疾患が原因で、しかも中重度介護度の中で最も多い疾患でもありました。更に、一人あたり平均サービス利用金額を出したところ、筋萎縮性側索硬化症（特定疾患）が最も高く、次いで脳血管疾患が高い状況でした。2号被保険者（40歳～65歳未満）の介護認定については、介護だけの問題でなく生産年齢であるため、家庭内での経済的な問題もある場合が多く、深刻な問題です。2号認定者を減少するために、予防可能な原因疾患である脳血管疾患を防ぎ、その基礎疾患である高血圧と糖尿病などの生活習慣病を予防していくことが最も効果のある介護予防であるといえます。

### (3) 介護予防事業の推進

第1号被保険者を対象に実施する「基本チェックリスト」による評価、訪問活動を行う保健師、主治医、地域の民生委員・児童委員等との連携、協力によって対象者を把握し、要支援・要介護状態になる可能性が高い高齢者を対象とした「二次予防事業」と、すべての高齢者を対象とした「一次予防事業」を実施します。この2つの施策については、相互の連携を密に図り、連続的、一体的に推進していきます。

#### 二次予防事業

二次予防事業対象者（要支援・要介護状態になるおそれの高い第1号被保険者の方）が、通所や訪問による介護予防事業によって、要支援・要介護状態になることを予防することで、活動的で生きがいのある生活や人生を送ることができるよう支援します。

#### 1) 二次予防事業対象者把握事業

第1号被保険者の方を対象に、様々な機会を活用して基本チェックリストを実施し、二次予防事業対象者を把握しています。

阿蘇市では、二次予防事業対象者把握事業を基本健診と地域介護予防教室（「いきいき教室」以下いきいき教室と言う）において実施していましたが、基本健診による二次予防事業対象者把握率が低いため、平成20年度より、「いきいき教室」を中心として二次予防事業対象者の把握を行っています。

#### <いきいき教室の概要>

いきいき教室は、各地区85ヶ所を年2回の頻度で巡回しています。阿蘇市健診対象者数8,793名に対し、総受診者数は2,175名であり、把握率は24.7%となっています（平成22年度実績）。地区の高齢者全員を対象にしていますが、地区によっては老人クラブ員中心の参加や、公民館に来られる比較的歩行状態の安定している方の参加のみに留まっている傾向が見られます。二次予防事業対象者に該当し、二次予防事業対象者施策の参加を勧めても、同意されない対象者が約半数みられます。二次予防事業対象者の中には、基本チェックリストで二次予防事業対象者に該当しても、日常生活に支障がない方も多く、二次予防事業対象者施策参加の必要性を感じず、参加を促しても同意されない人もおられるのが現状です。

二次予防事業対象者に決定する場合、基本チェックリスト該当の有無だけにとらわれず、身体状況・生活状況などを把握し、二次予防事業対象者施策の必要性を検討して決定する必要性があります。いきいき教室以外での二次予防事業対象者把握ルートを検討し、潜在している二次予防事業対象者の把握を行います。

#### 【今後の方策】

- ・要支援、要介護認定を受けられる方の8割が「いきいき教室」に来られない方たちです。「いきいき教室」以外での二次予防事業対象者把握ルートを検討し、潜在している二次予防事業の対象者を把握します。

- ・国民健康保険（70歳）後期高齢者（75歳）受給者証交付時等に基本チェックリストを実施します。

二次予防事業対象者把握の現状と目標

	H21	H22	H23	H24	H25	H26
	実績(H23は見込み)			計画		
高齢者数	8,841	8,793	8,787	9,105	9,236	9,367
把握数	2,116	2,175	1,831	1,846	1,861	1,876
候補者	513	534				
高齢者に対する二次予防事業対象者候補者の発見率	5.8%	6.7%	4.6%	5.0%	5.0%	5.0%
介護保険認定者を除いた高齢者数	7159	7075	7019	7305	7257	7236
決定者数	107	100	110	120	100	100
介護保険認定者を除いた二次予防事業対象者の決定率	1.5%	1.4%	1.6%	1.6%	1.4%	1.4%
介護保険認定者	1,682	1,718	1,768	1,800	1,979	2,136

## 2) 通所型介護予防事業

二次予防事業対象者把握事業において、二次予防事業対象者に決定された高齢者の中で教室参加同意があった対象者に、自宅でできる介護予防体操・ストレッチ等を指導し、教室参加時だけでなく自宅でも介護予防体操を実施することで、低下していた体力・筋力を回復できるよう、セルフケアを目的とした通所型介護予防事業を実施しています。事業メニューは運動機能向上を中心に行い、口腔機能・栄養改善の対象者にも同様に運動機能向上メニューを組み込み実施しています。1回目、7回目、14回目は体力測定（全員）、口腔機能指導・栄養指導（対象者のみ）に実施し、他の回は健康運動指導士・看護師等による指導を行なっています。

阿蘇市5ヶ所で、1ヶ所14回を1クールとして行なっています。参加者は、運動器機能向上対象者が多くみられ、参加人数も増加傾向にあります。

事業開始当初は、住民が二次予防事業対象者施策を理解していなかったため、教室参加を勧めても教室参加への同意が得られにくい状況にありましたが、各地区での二次予防事業対象者施策についての啓発や、実際参加した人の身体状況の向上等の理解が得られたことで、徐々に教室への参加者が増加していると考えられます。また、主観的健康観においても、教室終了時の健康観は維持・向上している参加者が多く、この教室に参加したことで、身体面・心理面で改善が見られていると考えられます。

また、阿蘇市では独自に「トレーニング推奨者」という枠組みを設け、基本チェックリストは非該当でも身体測定結果で身体能力低下の疑い（7点満点中5点以下）がある人に通所型二次予防事業対象者施策同様の指導を行っています。トレーニング推奨者として二次予防事業対象者施策に参加した人の改善率は、二次予防事業対象者同様、身体状況の改善が見られます。

### 【今後の方策】

- ・二次予防事業対象者に決定され施策に参加した高齢者は、身体・心理面での改善が見られていることから、今後は二次予防事業対象者把握率を高め、在宅に潜在している二次予防事業対象者の教室参加の増加を図ります。
- ・教室参加者の維持改善率を高めます。
- ・トレーニング推奨者参加率を高め、基本チェックリスト以外で、介護予防の取り組みが必要な高齢者に対する支援を行います。
- ・二次予防事業対象者施策に参加同意が得られなかった二次予防事業対象者に家庭訪問等を行い、日常生活状況の確認、介護予防のための指導等を行い、介護認定への移行を予防します。

二次予防事業対象者決定者の施策参加状況

	H21	H22	H23	H24	H25	H26
	実績(H23は見込み)			計画		
<b>■運動器の機能向上</b>						
決定者数	295	282	283	285	286	287
参加者数	86	95	84	85	86	87
同意なし	209	187	199	200	200	200
<b>■栄養改善</b>						
決定者数	21	29	5	5	4	3
参加者数	4	3	1	2	2	2
同意なし	17	26	4	3	2	1
<b>■口腔機能の向上</b>						
決定者数	147	141	150	145	146	147
参加者数	33	37	48	45	45	45
同意なし	114	104	102	100	101	102

二次予防事業対象者施策の実施状況(介護予防事業報告より)

	H21	H22	H23	H24	H25	H26
	実績(H23は見込み)			計画		
<b>■運動器の機能向上</b>						
実施箇所(箇所)	6	5	6	6	6	6
実施回数(回)	120	106	120	120	120	120
修了者実人数(人)	47	53	84	90	90	90
参加延人数(人)	788	926	930	100	100	100
<b>■栄養改善</b>						
実施箇所(箇所)	6	5	6	6	6	6
実施回数(回)	120	106	120	120	120	120
修了者実人数(人)	2	1	1	2	2	2
参加延人数(人)	37	23	23	37	37	37
<b>■口腔機能の向上</b>						
実施箇所(箇所)	6	5	6	6	6	6
実施回数(回)	120	106	120	120	120	120
修了者実人数(人)	15	19	20	21	22	23
参加延人数(人)	248	361	362	363	364	365
<b>■その他</b>						
実施箇所(箇所)	6	5	6	6	6	6
実施回数(回)	120	106	120	120	120	120
修了者実人数(人)	2	23	9	10	10	10
参加延人数(人)	26	431	200	210	220	230

- 1:一ヶ所で運動機能・栄養・口腔すべてのメニューを実施するため、プログラム数はそれぞれに計上しても、実施箇所の合計は実際の実施箇所数となる  
 ※2:運動機能・栄養・口腔に複数該当している対象者がいるため、合計は実人数で計上

基本チェックリスト・体力測定結果による改善状況

	H21	H22	H23	H24	H25	H26
	実績(H23は見込み)			計画		
参加者数(人)	107	100	110	110	110	110
評価人数(人)	99	100	100	100	100	100
<b>評価結果</b>						
維持改善(人)	72	63	70	70	77	77
維持改善率(%)	73%	63%	70%	70%	70%	70%
悪化(人)	0	0	0	3	3	3
悪化率(%)	0	0	0	3%	3%	3%

主観的健康観の変化(介護予防事業報告より)※実施前の健康観

	H21	H22	H23	H24	H25	H26
	実績(H23は見込み)			計画		
<b>■全評価者数(人)</b>						
よい	4	3	3	3	3	3
まあ良い	16	25	28	28	28	28
ふつう	38	46	53	53	53	53
あまり良くない	10	14	15	14	14	14
良くない	4	0	1	2	2	2
不明	1					
合計	73	88	100	100	100	100
<b>■改善者(人)</b>						
よい	4	3	5	5	5	5
まあ良い	15	25	33	33	33	33
ふつう	30	41	45	45	45	45
あまり良くない	9	13	10	10	10	10
良くない	2	0	2	2	2	2
合計	60	82	95	95	95	95
<b>■改善者(%)</b>						
よい	5.5	3.4	5.0	5.0	4.0	4.0
まあ良い	20.6	28.4	30.0	30.0	30.0	30.0
ふつう	41.1	46.6	45.0	45.0	45.0	45.0
あまり良くない	12.3	14.8	13.0	13.0	13.0	13.0
良くない	2.7	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0
合計	82.2	93.2	94.0	94.0	93.0	93.0
<b>■悪化者(人)</b>						
よい	0	0	0	0	0	0
まあ良い	1	0	0	0	0	0
ふつう	8	5	5	5	5	5
あまり良くない	2	1	1	1	1	1
良くない	2	0	0	0	0	0
合計	13	6	6	6	6	6
<b>■悪化者(%)</b>						
よい	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
まあ良い	1.4	0.0	2.0	2.0	2.0	2.0
ふつう	11.0	5.7	3.0	3.0	4.0	4.0
あまり良くない	2.8	1.1	1.0	1.0	1.0	1.0
良くない	2.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
合計	17.8	6.8	6.0	6.0	7.0	7.0

トレーニング推奨者の評価結果

	H21	H22	H23	H24	H25	H26
	実績(H23は見込み)			計画		
参加者数(人)	24	5	10	10	10	10
評価人数(人)	20	5	8	8	8	8
<b>評価結果</b>						
維持改善(人)	11	3	5	5	5	5
維持改善率(%)	55.0	60.0	62.5	62.5	62.5	62.5
悪化(人)	9	2	3	3	3	3
悪化率(%)	45.0	40.0	37.5	37.5	37.5	37.5

### 3) 訪問型介護予防教室

二次予防事業対象者で、通所型介護予防教室に参加していない高齢者を対象に訪問型介護予防教室を実施します。また、訪問型に同意のない二次予防事業対象者施策の不参加者には、看護師による家庭訪問による生活状況の確認を行い、介護認定への移行防止に取り組みます。

二次予防事業対象者施策に参加しない理由は、「仕事・家庭内の役割等で参加できない」、「日常生活には支障ない」等があげられます。また、「公民館での老人会行事等には参加しており閉じこもり傾向ではない」、「訪問型の事業を勧めても同意が得られない」などの理由で、現在、訪問型介護予防教室の実績はない状況です。

#### 【今後の方策】

対象者がいないのではなく、訪問型介護予防事業が必要な二次予防事業対象者を把握していない可能性があるため、今後、「いきいき教室」等に参加していない潜在的な二次予防事業対象者を把握し、必要な二次予防事業対象者には訪問型介護予防事業を実施していきます。

訪問型介護予防事業参加者の実績と計画

	H21	H22	H23	H24	H25	H26
	実績(H23は見込み)			計画		
参加者数(人)	0	0	0	3	3	3

## 一次予防事業

第1号被保険者の方やその支援のための活動に関わる方を対象に、介護予防に関する活動の普及・啓発や地域における自発的な介護予防に資する活動の支援・育成を行います。

### 1) 介護予防普及啓発事業

#### いきいき教室（地域介護予防教室）

65歳以上の高齢者を対象に、介護予防に関する基本的な知識の普及や啓発を行い、健康寿命の延伸を図ることを目的に、「いきいき教室」を2回シリーズで行っています。

1回目は体力測定などの介護予防健診よび介護予防講話、健診結果の説明、通所型介護予防教室の紹介、2回目は新規認定者で最も多い関節疾患予防の介護予防体操を中心とした内容で、各地区公民館を巡回しています。

#### 【今後の方策】

2回ともリピーターが多く、新規参加者が少ない現状です。よって、今後、参加者を増やすため、高齢者のニーズに合った教室の日程や集まりやすい場所や機会に実施していく必要があります。いきいき教室の実績と計画

	H21	H22	H23	H24	H25	H26
	実績(H23は見込み)			計画		
1回目参加者数(人)	1,834	1,900	1,684	1,900	1,900	1,900
開催箇所	82	82	85	85	85	85
2回目参加者数(人)	1,698	1,732	1,541	1,500	1,500	1,500
開催箇所	82	82	85	随時		

### 訪問指導事業

在宅での生活状況確認と、より良い生活の維持向上のために保健師、看護師、栄養士による家庭訪問を実施しています。

二次予防事業対象者の候補者把握に努め、介護予防体操の指導及び介護予防基本チェックリストによる身体状況や生活状況の把握を行うとともに、いきいき教室への勧誘を行っています。

#### 【今後の方策】

介護予防教室未参加者の日常生活状況、身体状況把握訪問を実施していますが、介護保険へ移行しやすい年齢層や教室参加率の低い地区等の優先度などを考慮して地域役員の方と連携をはかりながら、今後も身体状況把握訪問を実施していく必要があります。また、今後、より効果的な訪問を実施するために、介護の3大原因疾患のうち、比較的介護度が重い疾患である脳血管疾患予防の為に、脳血管疾患発症の危険性が高い対象者（高血圧・健診での異常値）への家庭訪問を充実する必要があります。

訪問指導事業の実績と計画

	H21	H22	H23	H24	H25	H26
	実績(H23は見込み)			計画		
訪問数(人)延べ	867	994	700	700	700	700

### 健康教育

健康づくりの意識を高めるために、介護予防や健康づくりに関する知識の普及・啓発を目的に、他事業で対象者が集まる機会や各機関からの依頼を中心とし随時実施しています。

#### 【今後の方策】

健康教室・健康相談開催については、健康づくりの意識を高めるために、介護予防や健康づくりに関する知識の普及・啓発を目的に、他事業で対象者が集まる機会や各機関などからの依頼を中心とし随時実施しています。地域からの依頼については、地域によって希望開催回数に差があること、更に、高齢になると集団健康教室では内容が充分伝わらない対象者もいるため、地域差をなくし、対象者に合わせた健康教育（個別健康相談など）体制の整備が今後の課題です。

健康教育の実績と計画

	H21	H22	H23	H24	H25	H26
	実績(23年度は11月末まで)			計画		
参加数(人)	531	414	314	350	350	350
参加回数	35	35	21	26	26	26

### 介護予防手帳の交付

住民健診結果や介護予防健診を自ら記録し、介護予防や生活習慣病予防を含めた運動、栄養、口腔ケアについての知識を普及・啓発することを目的に、本市独自のA4判の手帳を発行し、高齢者の健康づくりを推進しています。

#### 【今後の方策】

介護予防手帳の発行は、住民健診や介護予防健診結果を自ら把握し、健康管理を行う意識付けとなります。介護予防体操や生活習慣病予防のための知識、栄養のポイント、高齢者の特徴をふまえた内容とし、在宅でも活用できる様式としています。しかしながら、利活用については個人差があり、手帳を毎年なくす対象者も少なくありません。高齢者がなくさずに利用しやすいようにA4サイズのファイルにしていますが、今後は色を原色にしたり、なくさず利用しやすい手帳の工夫が必要です。今後も経年で結果が管理できるよう、継続して新規の対象者に発行し活用方法を伝えていきます。

介護予防手帳交付の実績と計画

	H21	H22	H23	H24	H25	H26
	実績(H23は見込み)			計画		
発行数	435	288	225	200	200	200

### 介護予防事業の周知及び協力、啓発

広報の掲載やお知らせ端末、地区区長、民生委員、老人会長、介護予防サポーターなどからの声かけや、会議などでの介護予防事業実績報告など、さまざまな機会に介護予防事業の周知を行い、介護予防事業の普及・啓発につなげています。

#### 【今後の方策】

- ・今後は参加者のニーズに合った満足いく受け入れやすい方法を工夫することで、介護予防の必要性についての理解を広めていきます。
- ・「お知らせ端末」をうまく使いこなせない住民もいることから、同端末の使用方法を周知するとともに、地域の連絡網の構築を進めていくことを検討します。

## 2) 地域介護予防活動支援事業

### 老人クラブ介護予防サポーター養成講習

介護予防に関するボランティア活動を支える人材の育成を目的に、各単位クラブから選出されたサポーターに対して本市の介護予防の現状、重要性、役割、体力測定の実習や介護予防基本プログラムの実技を行い、いきいき教室でのリーダー的役割ができるよう、地域のキーパーソンを養成しています。

#### 【今後の方策】

介護予防に関するボランティアを支える人材の育成を目的に、平成21年度までは、老人クラブから選出されたサポーターに対して養成講習を実施していました。

しかしながら、選出されたサポーターのほとんどがサロンリーダーで、同様の内容の研修会を実施していた現状を踏まえ、22年度から、老人クラブ選出のサポーター養成講習を実施せず、社会福祉協議会主催のサロンリーダー研修会において、介護予防講座を実施しています。今後も地域サロンの活性化および介護予防の視点での活動を目指して、継続して実施予定です。

老人クラブ介護予防サポーター養成講習

	H21	H22	H23	H24	H25	H26
回数(回)	6	サロンリーダー研修として実施				
延べ参加者数(人)	180					

### 一般の介護予防サポーター養成講習

地域支援事業を効果的に推進するために、高齢者の介護予防を支える地域づくりのキーパーソンを育成することを目的に、平成20年度より一般公募及び市の保健事業参加者から募集し、介護予防サポーターの養成を実施しており、30数名の方が講習を修了しています。

本市における介護予防の現状や、高齢者の病態生理に基づく講話、測定演習及び介護予防基本プログラムの実技を行い、より専門性の高い介護予防ボランティアの育成を行っています。

#### 【今後の方策】

介護予防サポーターは40代から70代と年齢層が幅広く、サポーターとしての役割認識を高く持ち、活動意欲がある人材が多く、有償ボランティアとして活躍しています。現在阿蘇市主催の介護予防事業で活動をしている状況ですが、今後更に、地域で活躍できるように、力量形成を行っていきます。また、サポーターの力量に個人差が大きいため、それぞれの力量にあわせた活動内容など考慮していく必要があります。また、介護予防事業量からみるとマンパワー不足のため、経年的にサポーター養成を行い、各地区において活動できるように、人材の確保が必要であると思われる。

一般の介護予防サポーター養成講習の実績と計画

		H21	H22	H23	H24	H25	H26
		実績(H23は見込み)			計画		
初級	回数	7	7	7	9	9	9
	認定者	34	15	15	15	15	15
中級	回数	-	7	7	7	7	7
	認定者	-	20	22	15	15	15
上級	回数	-	-	-	-	7	7
	認定者	-	-	-	-	15	15

※養成講習は4回、3回はフォローアップ研修

### 介護予防トレーナー研修

阿蘇市の介護予防に係わる職員及び関係事業所の職員を対象に、介護予防事業における現状や課題を共有化することで各機関の連携をとり、よりよい地域介護予防活動を推進していくことを目的に、介護予防の現状と重要性及び地域支援事業の目指す姿の共有化を図り、介護予防プログラム、訪問型介護予防事業モニタリングに関する研修を実施しています。

#### 【今後の方策】

阿蘇市の介護予防事業に携わる関係者に対して、阿蘇市の介護の現状や課題を共有化することで、各機関の連携を取り、よりよい地域介護予防活動を推進していくことを目的に、研修会を実施しています。今後も継続して開催予定ですが、参加者が集まりやすい日程や内容について、状況に応じて計画していく必要があります。

介護予防トレーナー研修の実績と計画

	H21	H22	H23	H24	H25	H26
	実績(H23は見込み)			計画		
回数(回)	2	2	1	1	1	1
参加者数(人)	27	44	28	30	30	30

### 地域住民グループ支援事業

見守り、声かけ等が必要な高齢者に対する地域での安否確認、地域支援の育成及び地域における自主的な介護予防事業の展開を目的に、住民が地域の一人暮らし高齢者や閉じこもりがちな高齢者に気付き、定期的に訪問する活動を行っています。すでに地域住民の自主グループによるふれあい活動が各地域で展開されており、地域住民が主体となって取り組むことにより、「地域で支え合っていこう」という意識が高まっています。

#### 【今後の方策】

- ・地域住民が主体となって取り組む意識が高まっていることから、介護予防への意識付けを継続的に実施し、「互助」、「共助」、「自助」を中心とした活動としていくため、積極的に地域へ働きかけながら、インフォーマルサービスとして定着させていきます。
- ・地区区長や民生委員・福祉推進員等との連携を図りながら、地域福祉の向上に向けた推進体制を構築していきます。
- ・対象者名簿の整理など定期訪問による安否確認以外の活動にも積極的に取り組むよう促進します。

### 定期訪問活動

老人クラブふれあい部において、一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯を中心とした安否確認や健康状態等の確認のための訪問活動を展開しています。訪問回数も毎年安定していますが、一の宮地区においては活動回数が少ないため、関係機関と連携し、安定した定期訪問活動が展開できるよう推進していく必要があります。

#### 【今後の方策】

- ・各地区で活動しているシルバーヘルパーや福祉推進員等がタイアップして訪問活動を展開することにより、日常の中で意識し合えるような、よりよい見守り体制を構築することができるため、関係機関と連携しながら社会資源の調整を図っていきます。

定期訪問活動の実績と計画

	H21	H22	H23	H24	H25	H26
	実績(H23は見込み)			計画		
延べ定期訪問回数(回)	32,975	38,737	40,000	40,300	40,500	40,600
延べ活動地区(地区)	593	650	680	690	700	720

### ふれあい活動

通称“サロン事業”として、閉じこもりがちな高齢者を集めて介護予防活動を行っています。住民ボランティアやリーダーが主となって、即席デイサービスとして地域で暮らす楽しみ・生きがいづくりを支援する自主グループサロン活動です。

年々、活動地区の範囲拡大と自主グループ数が増えており、介護予防体操を基本とし料理教室や地区の清掃活動、小中学校の生徒との交流会などの活動を展開しています。「地域のことは地域で・・・」という意識が高まっています。

#### 【今後の方策】

- ・住民が地域の一人暮らしや閉じこもりがちな高齢者に気付き、地域で見守りをしていく中で、高齢者が安心して生活をしていけることは、在宅生活を継続させるために大変重要です。これからも介護予防を目的とし、高齢者が高齢者を地域全体で支える体制を定着化していくために、社会福祉協議会や老人クラブ連合会等と連携した推進を図ります。
- ・自主グループとして活動していない地区には、社会福祉協議会や地区区長・民生委員・福祉協力員とともに連携し、働きかけながら、活動の展開を図ります。

ふれあい活動の実績と計画

	H21	H22	H23	H24	H25	H26
	実績(H23は見込み)			計画		
延べ参加人数(人)	27,663	32,371	33,000	33,100	33,200	33,200
延べ活動グループ数(グループ)	848	928	950	970	980	1,000

### 後方支援活動

安定したグループ活動をサポートするため、サロンリーダーへの支援や必要に応じ看護師の派遣などを行います。

健康・スポーツ・運動・文化・エンターテイメント・くらし情報など、自主グループ活動団体からの依頼により講師等を派遣し、充実したサロン活動を実施しています。

#### 【今後の方策】

- ・多種多様な特色を持ったグループが活動を展開しているため、後方支援に必要とされる社会資源を充実し、グループ活動内容がマンネリ化しないよう、サロンリーダー養成講座の中でニーズを的確に把握し、社会福祉協議会と連携しながら展開します。

### 温泉はつらつ講座

「要介護状態にならず、いつまでも元気に暮りたい」という介護予防に対する意識を尊重し、できる限り介護保険を使用せず心身ともに健康で暮せるよう、本市の豊富な温泉を活用した介護予防事業を展開します。

具体的な内容は、温泉旅館やホテルにおいて、介護予防体操指導員による介護予防体操等を提供し、加えて栄養士の助言が盛り込まれた昼食、湯治、送迎を行っています。

#### 【今後の方策】

- ・月に2～3回参加する事業であり、次に参加する日まで2週間程の間があるため、事業実施日だけ介護予防体操を実施しても高い効果は望めません。このため、参加者に対し講座への参加の継続と、自宅で介護予防体操を毎日行うなどのセルフケアの支援を行っていきます。
- ・月2～3回の頻度で4～5カ月間を1クールとしている事業であり、通年型でいつでも利用できる開催方法を検討します。

温泉はつらつ講座の実績と計画

	H21	H22	H23	H24	H25	H26
	実績(H23は見込み)			計画		
開催回数(回)	40	70	80	80	80	80
参加者数(人)	96	163	210	200	200	200

### ③包括的支援事業

#### 1) 介護予防ケアマネジメント事業

介護予防事業が効果的にかつ継続的に実施され、状態の維持改善が図られるよう、適切なケアマネジメントを実施しています。

平成22年度は要支援認定者493名中、343名に介護予防ケアマネジメントを実施し、このうち地域包括支援センターが約7割にあたる238名の予防プランを作成し、残りを居宅介護支援事業所に委託しています。

要支援者のケアマネジメント実施数の実績と計画

		H21	H22	H23	H24	H25	H26
		実績(H23は見込み)			計画		
要支援者数		502	493	495	404	372	378
ケアマネジメント実施数	地域包括支援センター実施	249	238	277	311	345	379
	居宅介護支援事業所へ委託	108	104	100	100	100	100
	延べ人数	372	343	377	411	445	479

介護予防サービス利用者のうち、7割が通所系サービスを利用しており、その内訳は介護予防通所介護（デイサービス）利用が34%、介護予防通所リハビリテーション（デイケア）利用が66%を占めています。

要支援者の通所系サービスの実績と計画

		H21	H22	H23	H24	H25	H26
		実績(H23は見込み)			計画		
介護予防通所介護	運動器の機能向上	17	18	20	5	5	5
	栄養改善	0	0	0	0	0	0
	口腔機能の向上	0	0	0	0	0	0
	アクティビティ	119	114	124	152	110	105
	小計	136	131	144	157	170	183
介護予防通所リハビリテーション	運動器の機能向上	240	255	280	270	270	275
	栄養改善	1	2	2	2	2	2
	口腔機能の向上	6	5	5	5	5	5
	小計	240	255	280	305	330	355
通所型事業参加者合計		376	386	424	462	500	538
新予防給付ケアマネジメント数		372	343	420	460	500	530
要支援1・2認定者		502	493	495	404	372	378

#### 【今後の方策】

要支援者数の増加を抑えるとともに、利用者の状態が悪化することなくいきいきとした在宅生活を送るためには、身体機能の維持・向上が重要です。

また、廃用性症候群や認知症予防の観点から、日常生活の活発化に資するには通所系サービスを中心としたサービス利用者の増加も必要です。

ケアマネジメント実施数は、人口の高齢化及び介護認定者の増加に伴い、年々徐々に増加することが予想されます。自然増加は止むを得ませんが、認定者の悪化を抑制し、介護予防事業の効果を上げるためには、まず現状把握および事業の評価が必要です。さらに個別プログラムについても分析・検討し、その人の状態に合ったプログラムなのか、サービス内容は適切なものか、プログラムに沿ったサービスが適切に提供されているかなど、サービス内容の評価及び事業所の評価を行い、ケアプラン及び提供サービスの質の向上にも関与していくことが肝要です。

## 2) 総合相談支援・権利擁護事業(再掲)

### 総合相談支援事業

高齢者の相談を総合的に受け付け、必要な支援及び情報提供、関係機関との連携対応などを行っています。具体的には、地域包括支援センター、在宅生活支援センターにおいて、各種の保健福祉サービス及び介護保険サービス、日常生活上に関する相談、医療相談、在宅介護に関する相談などに対し、電話や面接、家庭訪問等による総合相談を展開しています。最近の相談内容は、経済的困窮や認知症など複雑な原因が絡み合った事例が多く、担当職員のスキルアップとともに各関係機関との連携を図る必要があります。

#### 【今後の方策】

地域包括支援センター、在宅生活支援センターにおいて、多様化する相談に対応できるように、担当職員のスキルアップを図ります。また、各種関係機関とのネットワーク体制づくりを推進し、相談者やその家族の福祉の向上が図れるよう活動します。

### 在宅生活支援センター

中山間地域の集落が広い範囲に存在する本市では、地域に密着した相談機関として、在宅生活支援センターを設置しています。困難事例等には、地域包括支援センター等と連携し対応しています。

在宅生活支援センターは、一人暮らしや高齢者のみの世帯などで、介護保険サービス未利用世帯を中心にした定期訪問活動やその他不安を抱える世帯へ訪問しています。近年は、認知症高齢者への対応や扶養義務者と疎遠な方への対応が困難を極めているなど課題を抱えています。

#### 【今後の方策】

相談を受けた事例について、個人情報保護に留意しながら地域包括ケアシステムを活用し、地域包括支援センターと情報を共有し、困難事例については関係各機関と協力・連携して対応します。

## **認知症にやさしい地域づくりネットワーク形成事業・高齢者虐待防止ネットワーク形成事業**

高齢者の虐待が深刻な状態にある現代の社会情勢の中で、高齢者の尊厳を保持していくためには高齢者に対する虐待を防止することが極めて重要であり、複雑化する虐待を未然に防げるような活動を展開します。

阿蘇市虐待防止等対策連絡協議会や阿蘇地域虐待防止等対策連絡協議会のネットワークを核とし、虐待を未然に防ぐよう啓発活動を行います。上記の協議会は、各団体等の長が出席するため、協議会での今後の取組み等を団体の末端まで浸透するよう展開していく必要があります。

### **【今後の方策】**

個別事例については、今後も地域包括支援センターを中心に、相談業務を展開します。また、介護保険事業所等の専門機関については、各種研修会や事例検討会を定期的に行います。

## **成年後見制度利用支援事業（市長による審判請求手続きも含む）**

認知症高齢者等の人権及び権利を擁護し、虐待防止や成年後見制度の利用促進に寄与する事業です。

成年後見制度の啓発活動は積極的に展開しています。しかし、地域住民には敷居が高い制度というような印象が根強く、介護支援専門員等を中心に啓発活動を進める必要があります。

### **【今後の方策】**

- ・成年後見制度をわかりやすく解説してあるリーフレットを活用していく必要があります。また、担当職員も制度を理解するため各種研修会等においてスキルアップを図ります。
- ・成年後見制度の利用増加を見込み、市民後見人の養成を検討していく必要があります。

## **3) 包括的・継続的マネジメント事業**

主任ケアマネジャーが中心となり、主治医、ケアマネジャー等の多職種との協働や、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っています。現在、各医療機関や施設等との連携を図り、在宅復帰への支援や、困難事例に対し居宅介護支援事業所のケアマネジャーと一緒に対応するなどの取り組みを行っています。

### **【今後の方策】**

- ・地域のケアマネジャー等に対する個別相談窓口の設置によるケアプラン作成技術の指導など、日常的個別指導・相談を行います。

- ・地域のケアマネジャーが抱える支援困難事例への助言、地域の医療機関を含む関係施設やボランティアなど、様々な社会資源と連携・協力体制の整備を図り、包括的なケア体制の構築を行っていきます。

## 第6章 高齢者の生活支援及び見守りの充実

### 【目標】

一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯等の支援を要する高齢者が、一人ひとりの心身状況にふさわしい生活支援サービスを受けながら、地域の関係者の協力・連携による見守りにより、住み慣れた地域で安心して暮らせる状態を目指します。

### 1. 現状と課題

#### (1) 現状

現在、本市の平成23年10月時点の世帯数は11,033世帯で、年々増加しています。一方、平成23年10月時点の1世帯当たりの人数は2.60人で、年々減少しています。65歳以上の高齢者の世帯も同様の傾向であり、一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯は急速に増加しています。

一人暮らし高齢者、高齢者のみ世帯の中には、日常生活の様々な悩み事について、身近に相談できる相手がなく、孤立してしまう懸念のある方もいます。平成22年度には全国各地で不在高齢者問題が発生し、近隣関係の希薄化が浮き彫りになりました。さらに、認知症の症状がある高齢者も増加を続けています。

#### (2) 課題

これらの高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、地域包括ケアシステムの理念に基づき、介護保険サービスや各種生活支援サービスが、支援を要する高齢者へ適切に提供される必要があります。また、これらのサービス提供と連携して行われる見守りの充実が欠かせません。このため、地域包括支援センターを中心に、民生委員、介護サービス事業者をはじめとする、見守り活動を行う様々な関係機関、団体、企業等の連携が重要です。

また、日常生活を支える見守りのほか、災害時の対応も重要な課題です。市では、自力で避難をすることが難しく支援を必要とする方々を把握するため、災害時要援護者名簿を作成、整理しています。高齢者見守りネットワークによる安否確認とあわせて、個人情報保護に配慮しつつ緊急時の安否確認等を円滑に行っていく必要があります。

## 2. 施策の方向性と主な取り組み

### (1) 任意事業による生活支援と見守り

市町村の判断により、国、県からの交付金や介護保険料を財源とする地域支援事業の中で行うものです。介護保険事業運営の安定化及び被保険者の地域における自立した日常生活支援のために、必要な事業を行います。

本市では、高齢者が要介護状態となっても、できる限り在宅生活を継続できるよう、家族介護支援事業と地域自立生活支援事業を任意事業として実施します。また、状況に応じて介護予防・日常生活支援総合事業にも取り組みます。

#### 家族介護支援事業

##### 1) 訪問型家族介護支援事業

高齢者を現に介護している家族を対象に、家庭へ訪問し、介護方法の技術や各種制度を伝えています。

各在宅生活支援センターが、当事業の提供が必要なケースの把握を行っています。また、介護支援専門員からの依頼もあります。介護者の精神的負担の軽減を図れるような指導も行えるよう、職員のスキルアップが必要です。

##### 【今後の方策】

- ・今後も、在宅での介護を支援するため、それぞれの家庭のニーズに応じた柔軟な事業を展開します。

訪問件数の実績と計画

在宅生活支援センター	H21	H22	H23	H24	H25	H26
	実績(H23は見込み)			計画		
合計(件)	63	100	115	130	145	160

##### 2) 介護用品支給事業

寝たきり者等の福祉及び衛生面の向上と介護者の負担軽減を図ることを目的に、阿蘇市に居住する在宅の寝たきり者等を介護している家族に対して、紙おむつ等の介護用品を支給します。

介護用品については24種類と利用者の状態に合ったものを選ぶことができるように配慮しています。2ヶ月に1回の配布となっているため、安否確認や介護用品の使用方法の指導、介護者の相談を受け、適宜、利用者の状態にあった介護用品をコーディネートしています。

##### 【今後の方策】

- ・排泄の自立が在宅生活継続の鍵を握っていると言っても過言ではなく、介護用品の支給のみならず、排泄の自立に向けたトイレ誘導やオムツ交換方法等の指導も充実させ、排泄介護の軽減を図り、住み慣れた住まいでの生活を支援します。

- ・ケアマネジャー等とも連携し、介護者が業者を選択できるような利用者本位の事業のあり方を検討します。

介護用品支給事業の実績と計画

	H21	H22	H23	H24	H25	H26
	実績(H23は見込み)			計画		
実件数(件)	130	138	140	140	140	140

### 3) 家族介護慰労事業

介護用品支給事業利用者を、在宅で20日以上介護している市県民税非課税世帯の同一世帯で同居の家族に対し、介護者の経済的支援を図ることを目的として月額3,000円を慰労金として支給しています。

寝たきりや認知力の低下等で排泄面に支援が必要な介護度の重い要介護者を在宅介護していくには、一時も目を離すことができないため、仕事を辞めて介護にあたる介護者も少なくありません。また、介護は周囲の理解や評価が得られにくく、精神的肉体的な介護者の負担は蓄積され、虐待等の深刻な事態も起こしかねません。

少しでも介護者の慰労、励みとなるよう事業を実施しています。

#### 【今後の方策】

- ・今後も、厳しい財政状況の中で支給金額を引き上げることは困難ですが、事業は継続実施していく予定です。

家族介護慰労事業の実績と計画

	H21	H22	H23	H24	H25	H26
	実績(H23は見込み)			計画		
実件数(件)	35	39	40	40	40	40

## 地域自立生活支援事業

### 1) 高齢者の生きがいと健康づくり推進事業

高齢者が健康で生きがいを持ち、豊かな経験や知識を活かすことのできる仕組みづくりを促進し、閉じこもり予防や積極的な社会参加のために事業を展開しています。

一の宮高齢者センター、阿蘇保健福祉センターを拠点とし、高齢者の生きがいづくりと健康づくりのために、文化伝承活動、三世代交流活動、スポーツ・娯楽活動、木工等の創作活動・教養講座を開催していますが、教室参加期間が長期化しており、新しい参加者の受け入れが困難な状況もあります。

#### 【今後の方策】

- ・社会的孤立感の解消を図り、一般高齢者が生きがいを持って、自立した生活が助長されるよう、魅力ある創作活動・教養講座へ展開できる工夫を行い、多くの一

般高齢者が参加できる体制を構築していきます。また、自主サークル活動へ移行したグループもあり、今後も促進します。

- ・人気のある講座については、サイクル数を増やして、多くの人が参加できるような環境づくりに努めます。

## 2) 高齢者安心ネットワーク体制整備事業

一人暮らしまたは高齢者のみの世帯で、緊急な連絡手段を必要とする方に対し、緊急通報装置を貸与することにより、急病や災害等の緊急時に迅速且つ適切な対応を図り、その福祉増進に資することを目的とする事業です。

民間の警備会社への委託により、緊急通報受信センターを設置しており、看護師等の医療の専門知識を有する者を配置し、24時間体制で利用者の通報及び相談に対応しています。

### 【今後の方策】

- ・緊急時に迅速に利用者宅に出向き、状況等を確認し必要な処置を取っていただく協力員を、利用開始時に前もって近隣の方々をお願いすることで、地域の繋がりや助け合いの関係ができ、ひいては小地域ネットワークの構築へと発達させていけるような支援へと繋げていきます。
- ・近年は携帯電話の普及や「お知らせ端末」設置により利用者が減少していますが、一人暮らしや高齢者のみ世帯は増加しており、必要な人に設置を呼びかけています。

## 3) 食の自立支援事業

65歳以上の二次予防事業対象者及び在宅要援護高齢者であって、老衰・心身障がい及び傷病等の理由により、食事の調理が困難な者に対し配食を行い、栄養のバランスのとれた食事を提供し、食生活の改善や健康増進を図り、併せて配達時に安否確認を行っています。

利用料は、介護保険料が1～4段階世帯は400円、5～6段階世帯は750円となっています。

在宅生活を継続する中で、最も重要となる食生活の向上を図る事業であります。が、娯楽的な配達弁当として捉えられたり、面倒な食事の手間を省きたいとの目的だけでサービスの提供を求められる場合があります。

また、本事業を利用した結果、調理を行う機会を失うことで自立意欲の減退や行動範の縮小等を招くことがないように配慮する必要があります。

### 【今後の方策】

- ・ケア会議等において利用者の要望や生活状況等についての情報を関係者で共有し、利用者の課題やニーズを明確にしながら、配食サービスだけではなく、家族や近

隣住民の理解と協力を得た支援策を構築し、さまざまな角度から利用者の介護予防と自立を支援していきます。

- ・配食日の充実を図るため、今後は配食ボランティアを養成していくことを検討します。

食の自立支援事業の実績と計画

	H21	H22	H23	H24	H25	H26
	実績(H23は見込み)			計画		
実件数(件)	62	65	60	63	66	69

#### 4) おでかけサービス事業

65歳以上の在宅要援護高齢者であって、市町村民税非課税世帯に属し、自家用車を所有せず、障がい有するため公共の交通機関を利用するのが困難な方に対し、引きこもり防止の一環としてタクシー利用券を交付する事業です。

高齢者だけでなく障がい有するため自家用車の運転ができない方が同居されている場合も支給の対象となり、利便性の向上が図られています。

本事業を利用することを唯一の目的として介護保険の認定を申請し、介護認定を受けても自らの要援護状態についての理解が浅く、他の必要と思われるサービスについての情報を提供しても、利用に繋がらないケースが増えています。

##### 【今後の方策】

- ・高齢者であれば誰でもタクシー券をもらえるとされている方もおられるため、介護保険制度をはじめ、本事業の趣旨と目的についての周知及び啓発を行うとともに、外出に対する家族や地域の方々の支援が得られていくような関わり、あるいは乗り合いタクシーの利用推進、福祉バス運行の検討など行っていく必要があります。

おでかけサービス事業の実績と計画

	H21	H22	H23	H24	H25	H26
	実績(H23は見込み)			計画		
利用者数(人)	134	156	174	195	215	235
発行枚数(枚)	6,432	7,488	8,352	9,360	10,320	11,280

## 5) 老人日常生活用具給付等事業

在宅の要援護高齢者及び一人暮らし高齢者を対象に、介護保険の対象とならない物品を給付または貸与し、対象者及び近隣住民が安心して地域で生活することを支援しています。

給付用具は火災報知器及び自動消火器、電磁調理器です。また、高齢者安心ネットワーク体制整備事業の利用を開始する際に、新規に電話回線を必要とする場合、回線の無償貸与も行います。

電磁調理器については、認知症の症状が顕著となった方や、加齢により新しい機械にはなじみ難くなった方には、給付を受けても利用できない場合があるため、事前に利用者の受け入れ能力を十分に見極める必要があります。利用に無理がある場合は、追って火災報知機や自動消火器の設置を勧める必要があります。また、認知症患者の増加に伴い、給付用具の支給件数は増加することが予想されます。

### 【今後の方策】

- ・火災警報器等を設置することにより、利用者や関係する地域住民の防火意識の高揚にも繋がるため、本事業の利用を更に推進していきます。また、火災報知器などを設置した場合、隣近所へその旨周知するよう努めます。

老人日常生活用具給付事業の実績と計画

	H21	H22	H23	H24	H25	H26
	実績(H23は見込み)			計画		
電磁調理器(件)	2	1	2	2	3	4
火災警報機(件)	1	3	4	5	5	6
自動消火器(件)	1	3	4	5	5	6
老人用電話(件)	2	0	1	1	2	2

## 6) 施設入所者在宅復帰支援事業

現在、施設に入所している方のうち在宅生活を希望する方に対し、施設入所中から関係機関と十分な検討、連絡調整のうえ安心して在宅復帰できるよう準備し、何らか試験外泊・外出を行い、その期間中の在宅サービスに係る費用の9割を助成する事業です。

### 【今後の方策】

- ・平成21年度の介護報酬改定により、介護老人保健施設に試行的退所サービス費が退所時指導加算の一部として算定されるようになったことにより、当事業の利用ニーズが高まる可能性があります。
- ・「自宅で生活したい」と、在宅復帰を望まれている高齢者に対し、在宅生活の試行ができることを、老人福祉施設や療養型医療施設に理解していただくよう広報・啓発活動を行っていき、希望者がいれば各関係スタッフと連携を図りながら、在宅復帰を支援していきます。

## (2) ともに支え合う地域づくりの推進

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、住民がともに支え合う心やさしい福祉の地域づくりを推進します。

### ①地域づくりの推進

#### 1) 地域ケア体制の強化

阿蘇市においては、地域包括支援センター・在宅生活支援センター及び地域のケアマネジャー、民生児童委員、福祉協力員等を軸に連携し、高齢者支援体制の構築を図っており、特にネットワークの構築に重点を置いた活動を展開しています。

高齢者が在宅で安心して近隣の人々と健康で生きがいをもって暮らしていくため、保健・医療・福祉サービスの多職種が連携を図ってきたところではありますが、地域ごとに多様なニーズが存在し、対応が困難となってきたため、今後、より一層のネットワークの強化と、各地域の警察署・消防署・郵便局・コンビニエンスストア等のサービス機関や各地区を巻き込んだケア体制の構築を推進していく必要があります。

#### 【今後の方策】

高齢者ができるかぎり、長く住み慣れた地域・家庭で安心かつ安全な生活を送るためには、さまざまな支援を必要とする高齢者に対して福祉サービスを提供するだけでなく、地域全体で支え合う「地域ケア」の体制づくりが必要となってきました。

住民同士がお互いに思いやりを持って助け合い、支え合う地域福祉社会の推進を図るため、民生委員や老人クラブ、ボランティア活動団体等のほか、保健・福祉・医療・介護の各種関係機関との連携強化を図り、地域での見守りや居住空間の整備、サービスの提供等が切れ目なく包括的に提供できるよう、自助、共助、公助による地域ケア体制の構築をめざします。

また、福祉教育による福祉意識の醸成やボランティアの育成に努めるとともに、地域包括支援センターを中心とした関係機関や関連団体とのネットワークの構築に取り組むことで、情報の共有化を図ります。

#### 2) 阿蘇市社会福祉協議会

阿蘇市社会福祉協議会は、社会福祉法において地域福祉の推進する中核的な団体として、誰もが安心して暮らすことができる福祉のまちづくりを推進することを使命とした、公益性をもった民間団体です。

基本理念を 住民参加・協働による福祉社会の実現、 地域における利用者本位の福祉サービスの実現、 地域に根ざした総合的な支援体制の実現、 地域の福祉ニーズに基づく先駆的な取り組みへのたゆみのない挑戦 - とし目的達成のための事業を展開しています。

### 【今後の方策】

阿蘇管内は【阿蘇はひとつの家族】を合言葉に、共有した理念の基、社会福祉協議会が実施主体となり「阿蘇やまびこネットワーク」を推進しています。「福祉は生活である」という視点を持ち、社会福祉のみならず教育・文化・環境等の分野にも広がりを見せ、助け合いの精神を根づかせ・活かすことで、お年寄りから子どもまでのだれもが住みなれた地域でその人らしくいきいきと暮らしてゆける地域づくり、人づくりを目指します。

### 3) 民生委員児童委員協議会

阿蘇市民生委員児童委員協議会連合会は、旧三町村ごとに一の宮地区民児協(30名)、阿蘇地区民児協(48名)、波野地区民児協(7名)の単位民児協で構成され、地域住民からの相談や各関係機関との連絡調整を行っています。

具体的な活動としては、

民生委員児童委員としての知識習得および資質向上のため、毎月定例会を実施しています。(住民からの相談業務に対応できるためのケースワーク研修、新しい福祉制度を迅速に情報提供できるための高齢者・障がい者・児童に関する各種福祉制度の研修、他圏域の民児協と交流し互いの活動の情報交換を行う先進地研修などを実施)

各関係機関との連絡調整のため、阿蘇市内の福祉施設の見学、ケア会議参加、社会福祉協議会への情報提供等を実施しています。現在、主に取り組んでいることは、地域ネットワーク及び防災マップづくりです。要援護者の把握や、地域住民による主体的な福祉活動を推進するための区長や福祉協力員との協調・調整など、重要な役割を担っています。

### 【今後の方策】

民生委員・児童委員の存在を広く地域住民に浸透させ、地域福祉の担い手の第一任者として、地域住民の福祉の増進とニーズの把握に積極的に取り組んでいきます。

### 4) 介護予防拠点施設

高齢者が経験と知識を活かし、生きがいを持ち充実感のある生活を送ることができるよう、日常生活圏域をふまえた介護予防拠点施設を整備し、閉じこもりがちな高齢者の社会参加を促すために、高齢者対象講座や文化伝承活動、世代間交流、ボランティア活動、レクリエーション活動を実施しています。また、グラウンドゴルフやゲートボール等のスポーツ大会も活発に実施され、高齢者の健康保持増進、体力向上の促進も積極的に行われています。

高齢者が生きがい活動、ボランティア活動等地域の中で積極的に活動するためには、地域で活動するリーダーを関係機関と連携して計画的に育成することが必要で

す。また、施設には高齢者にとって身近に利用できる体制が求められますが、交通の便の問題により、地域によっては利用できない住民も見られるため、高齢者センターバスの利用等、交通手段を持たない高齢者への配慮が必要と考えられます。

#### 【今後の方策】

高齢者の健康づくり、生きがいくりの拠点として、今後も既存施設の利用促進を図り、公民館・学習センターと各地域への活動の場の拡大を推進します。また、子供から高齢者まで年齢に関係なく地域住民が気軽に集まれる憩いの場として、利用を積極的に勧めていき、さまざまな人が利用できるよう、利便性を考慮した整備の充実を図ります。

### 5) 阿蘇市老人クラブ連合会

各単位クラブでは、シルバーボランティア等高齢者自身が地域の福祉活動の担い手として、同じ地域で支援が必要な高齢者を見守る友愛訪問活動等を展開し、自主的な支え合い、相談等の活動が行える体制づくりを行っています。また、地域サロン活動についてもリーダーとして役割が担えるよう、各種研修にも積極的に参加しています。

#### 【今後の方策】

今後もこれらのふれあい活動の拡大や内容の充実を図り、介護予防を目的に高齢者相互の交流に努めていきます。

## 地域自立生活支援事業

見守り、声かけ等が必要な高齢者に対する地域での安否確認、地域支援の育成及び地域における自主的な介護予防事業の展開を目的に、住民が地域の一人暮らし高齢者や閉じこもりがちな高齢者に気付き、定期的に訪問する活動を行っています。すでに地域住民の自主グループによるふれあい活動が各地域で展開されており、地域住民が主体となって取り組むことにより、「地域で支え合っていこう」という意識が高まっています。

#### 【今後の方策】

- ・地域住民が主体となって取り組む意識が高まっていることから、介護予防への意識付けを継続的に実施し、「互助」、「共助」、「自助」を中心とした活動としていくため、積極的に地域へ働きかけながら、インフォーマルサービスとして定着させていきます。
- ・地区区長や民生委員・福祉推進員等との連携を図りながら、地域福祉の向上に向けた推進体制を構築していきます。

## 1) 定期訪問活動

老人クラブふれあい部において、一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯を中心とした安否確認や健康状態等の確認のための訪問活動を展開しています。訪問回数も毎年安定していますが、一の宮地区においては活動回数が少ないため、関係機関と連携し、安定した定期訪問活動が展開できるよう推進していく必要があります。

### 【今後の方策】

- ・各地区で活動しているシルバーヘルパーや福祉推進員等がタイアップして訪問活動を展開することにより、日常の中で意識し合えるような、よりよい見守り体制を構築することができるため、関係機関と連携しながら社会資源の調整を図っていきます。

## 2) ふれあい活動

区公民館等で閉じこもりがちな高齢者を集めて介護予防活動を行っています。住民ボランティアやリーダーが主となって、即席デイサービスとして地域で暮らす楽しみ・生きがいづくりを支援する自主グループサロン活動です。

年々、活動地区の範囲拡大と自主グループ数が増えており、介護予防体操をはじめ、料理教室や地区の清掃活動、小中学校の生徒との交流会などを中心として活動を展開しています。「地域のことは地域で・・・」という意識が高まってきています。

### 【今後の方策】

- ・住民が地域の一人暮らしや閉じこもりがちな高齢者に気付き、地域で見守りをしていく中で、高齢者が安心して生活をしていけることは、在宅生活を継続させるために大変重要です。これからも介護予防を目的とし、高齢者が高齢者を地域全体で支える体制を定着化していくために、社会福祉協議会や老人クラブ連合会等と連携した推進を図ります。
- ・自主グループとして活動していない地区には、社会福祉協議会や地区区長・民生委員・福祉協力員とともに連携し、働きかけながら、活動の展開を図ります。

## 3) 後方支援活動

安定したグループ活動をサポートするため、サロンリーダーへの支援や必要に応じ看護師の派遣などを行います。

健康・スポーツ・運動・文化・エンターテイメント・くらし情報など、自主グループ活動団体からの依頼により講師等を派遣し、充実したサロン活動を実施しています。

### 【今後の方策】

- ・多種多様な特色を持ったグループが活動を展開しているため、後方支援に必要とされる社会資源を充実し、グループ活動内容がマンネリ化しないよう、サロンリーダー養成講座の中でニーズを的確に把握し、社会福祉協議会と連携しながら展開します。

## (3) 安全に、安心して暮らせるまちづくりの推進

高齢者が、安全・安心に住み慣れた地域で生活できるよう、ユニバーサルデザインの考え方を浸透させ、高齢者や障がい者にやさしいまちづくりを推進します。

### ① 高齢者・障がい者にやさしいまちづくり

高齢者はもちろん、障がい者や児童まで誰もが自由に行動でき、安全で住みやすいまちづくりを推進していくためには、バリアーの無い地区づくりはもちろん、困っている高齢者を見かければ、「自然に手を差し伸べられる」地域の人々との関係づくりを進めていく必要があります。

### 【今後の方策】

ユニバーサルデザインにおいては、道路の幅を広く整備し、高齢者が歩きやすい空間を整備し、高齢者にやさしい施設づくりなど、誰もが安心して自由に快適に利用できる施設、地域づくりを推進します。また、広域な場所だけではなく、トイレの明かりが自動でつき、転倒を未然に防げるような些細な気配りのあるものや、公園のベンチも低いものだけではなく、立ち上がりが容易なものなど、日常で使用する場所も含めた環境整備を進めます。

## 安全性や防災に配慮した生活環境の整備

### 1) 交通安全

交通安全教育講習推進員を活用して、高齢者をはじめ、各年齢層に対応した参加・体験・実践型の交通安全教育を推進するとともに、計画に基づいて交通安全施設の整備を図ります。

### 2) 防災・防犯

日ごろから、市内の危険箇所や避難場所を点検し、災害時における初動体制の充実を図り、情報集約機能・危機管理機能等を強化します。併せて、防犯協会等と連携を図りながら、地域の防犯環境の整備も推進します。

特に、一人暮らし世帯や高齢者のみの世帯、障害者世帯の安全を確保するにあたっては、これらの世帯に対する援助体制づくりを進め、地域で支え合うまちづくりに努めます。

### 3) 災害発生時の支援

災害等の発生時においても、高齢者見守りネットワークの関係者により安否確認等が行われることを想定しています。しかし、災害の状況により、見守りを必要とする高齢者全員の安否確認等を速やかに行うことが困難な状況も考えられます。

市は、災害時の支援活動が円滑に行われるよう、自力で避難をすることが難しく支援を必要とする方々を把握するため、災害時要援護者名簿を作成・整理しています。平成23年3月11日に発生した東日本大震災を踏まえ、高齢者見守りネットワークによる安否確認とあわせて、要援護者に対する、より有効な安否確認の方法等について、個人情報保護に配慮しつつ、災害時要援護者名簿を活用して検討を進めていきます。

### 4) 消費者被害防止

高齢者をはじめとした住民が安全な消費生活確立できるよう、消費に関する苦情・相談等を迅速かつ的確な対応が可能となる窓口利用を促進します。

「地域包括支援センター」においても、訪問販売等による消費者被害を未然に防止するため、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。

## 第7章 高齢者の社会・地域貢献活動の促進

### 【目標】

高齢者が、身近な地域への関心を深め、多様な分野において社会参加が進むとともに、地域づくりを支える活動の担い手としての社会参加活動にも主体的に取り組まれている状態を目指します。

### 1. 現状と課題

#### (1) 現状

阿蘇市の高齢者数は平成23年10月時点で8,793人となっています。要支援・要介護高齢者の数が増えています。日常生活において自立した元気な高齢者も多数おられるだけでなく、多くの高齢者がさまざまな地域活動に参加し、まちづくりの一翼を担っていることがうかがえます。

#### (2) 課題

市はこれまで、高齢者の生きがいづくりにつながる施策を展開してきました。今後も、高齢者の社会参加を促進し、活力ある地域づくりを推進する施策、事業への取り組みを継続する必要があります。加えて、前例の無い高齢社会においても活力ある地域社会を維持するためには、生きがいづくりにつながる活動のみならず、高齢者自身が身近な地域への関心を深め、地域の支え合いにつながる社会参加活動に主体的に取り組むことにより、地域包括ケアシステムの担い手としての役割も期待されます。特に、第5期計画期間中に高齢期を迎える団塊の世代には、地域を支える中心的な人材としての期待が高まっています。

このため、市は高齢者が身近な地域への関心を深め、地域を支える活動の担い手として主体的に取り組むことができるように、活動の場・機会の提供、社会参加活動に取り組む人材の育成、情報の提供等を充実する必要があります。

## 2. 施策の方向性と主な取り組み

### (1) 高齢者の多様な社会参加の促進

高齢者が地域や家庭の中で豊かな経験と知識・技能を生かせるよう、社会参加の促進を図ります。そのため、就労や生涯学習といった生きがいつくりの場や機会を充実させるとともに、高齢者が地域の助け合い活動の主体となれるような取組みを支援します。

#### ① 高齢者の就労促進

就労支援については、国または県の対策として位置付けられ、福祉行政での市町村の義務は後方支援的な取組みとなります。

高齢者の就労促進はハローワーク等の関係機関との連携を図る中で進めていますが、今後増大する団塊の世代の定年退職者に対する就業の機会の提供なども踏まえ、民間事業者の理解を促進していくことも必要です。企業数の少ない本市においては、行政が発注する業務をいかに高齢者の就労に結びつけるか等が今後の検討課題です。

また、高齢者の就労を通じた生きがいつくりの場を考慮すると、それぞれの地域の理解と協力によって活発な動きを促すことも重要です。

#### 【今後の方策】

- ・高齡化が急速に進展する中、一人でも多くの高齡者が、福祉の受け手から社会の担い手として、長年培ってきた知識と経験を活かし、地域社会の一員として、生きがいと健康保持のために働くことができるように就労支援を促進します。
- ・さまざまな就業ニーズや社会情勢の変化に応じた就労促進を行うとともに、シルバー人材センター事業の活用促進と会員数拡大を積極的に支援します。

#### ② 生涯学習の推進と趣味・文化・芸術・スポーツ活動等の促進

本市では、一人ひとりが自らの意思で、いつでもどこでも学ぶことができるよう生涯学習の拠点で、それぞれの施設の特徴を生かしたさまざまな講座や運動、スポーツなどの学習活動が展開されています。今後も、さまざまなニーズや社会情勢の変化を踏まえて、さらなる充実により参加者の増加を図っていきます。また、学習活動を通じて、高齢者の豊かな経験、技術、知恵をいかしながら、スポーツも含めて、地域の指導者やリーダーの育成・確保にも努めます。

#### 【今後の方策】

- ・高齢者教室等の受講を含めた高齢者の身近な学習機会の促進を図ります。
- ・伝統行事、民俗芸能等の伝承活動、歴史研究、文芸・手芸等の文化活動を推進し、高齢者が持つ諸能力の社会的活用を推進します。

- ・生涯学習の観点から展開されているさまざまな趣味活動による同好会の育成を支援するとともに、活動の場や発表機会の増加を図ることで、多くの高齢者が文化等にふれあうことのできる環境づくりに努めます。
- ・地域包括支援センターと連携し、高齢者の生きがいと健康づくり推進事業の周知を図るとともに、高齢者の健康づくりや体力づくりの観点からグラウンドゴルフやゲートボールなどスポーツ活動の推進に努めます。

### 老人クラブ活動の推進

老人クラブ活動は、高齢者の生きがい対策や社会参加促進策の重要な一翼を担っていますが、会員数の減少が大きな課題となっています。

#### 【今後の方策】

- ・高齢者がこれまで培ってきた知識や経験を生かすことができるよう、老人クラブ活動の周知を図ることで参加を促進するとともに、組織の強化を支援します。
- ・単位老人クラブの活動については、地域における行事参加の促進を図り、地域住民との連携を図ります。
- ・会員数の減少に対しては、活動内容の見直しや活動範囲の拡大等について支援していきます。

### ④シルバーヘルパー等の推進(再掲)

阿蘇市老人クラブ連合会の各単位クラブでは、シルバーヘルパー等高齢者自身が地域の福祉活動の担い手として、同じ地域で支援が必要な高齢者を見守る友愛訪問活動等を展開し、自主的な支え合い、相談等の活動が行える体制づくりを行っています。また、地域サロン活動についてもリーダーとして役割が担えるよう、各種研修にも積極的に参加しています。

#### 【今後の方策】

今後もこれらのふれあい活動の拡大や内容の充実を図り、介護予防を目的に高齢者相互の交流に努めていきます。

## (2) 社会参加活動を担う人材の育成

### 人材育成や活用する仕組みの研究及び検討

阿蘇市社会福祉協議会と連携し、意欲がある方や豊富な知識、経験、技術をもっている方を、地域貢献につながる社会参加活動を担う人材として育成、活用する仕組みを研究します。また、地域活動コーディネーター等、身近な地域での様々な活動の調整に携わる人材を育成し、多くの人材が地域で円滑にボランティア等の活動できるよう支援します。

#### 【今後の方策】

元気な高齢者がその豊富な知恵や経験、能力等を活かすことができるよう、社会福祉協議会と連携し、ボランティア活動や多様な地域活動を積極的に行うことができる環境づくりに努めます。

### 社会参加につながる情報の提供

きっかけづくりや、既に活動を始めている方等への情報提供や啓発活動を行います。第5期計画期間中に高齢期を迎えることになる団塊の世代をはじめ、日常的にパソコンや携帯電話等を活用して情報収集をする方はますます増えると考えられます。

#### 【今後の方策】

即時性を保ち、効果的な情報発信を図るホームページの充実等を図り、必要な情報を得やすくする仕組みづくりを検討します。

## ③ 高齢者の社会参加活動の促進

※地域介護予防活動支援事業から一部再掲

### 1) 老人クラブ介護予防サポーター養成講習

47ページ参照

### 2) 地域住民グループ支援事業

48ページ参照

### 3) 定期訪問活動

49ページ参照

### 4) ふれあい活動

49ページ参照

## 第8章 高齢期の住まい方の支援

### 【目標】

高齢者が、自らの希望や心身状況に応じた住まいづくり、住まい方ができるよう支援し、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる状態を目指します。

### 1. 現状と課題

#### (1) 現状

住まいは、「衣」、「食」と並ぶ生活の根幹に関わる、極めて重要な要素であり、安定した生活を営むうえで、欠かすことのできないものです。特に、高齢期においては、家族構成、心身状況等の様々な変化にあわせ、適切な住まいづくりや住まい方を考える必要が生じます。

#### (2) 課題

住み慣れた地域に継続して生活するためには、高齢期における生活や心身の状況の変化にあわせ、住宅改修や民間賃貸住宅に入居（転居）しやすい環境づくりを促進する必要があります。加えて、地域包括ケアシステムの理念に基づき、介護サービスをはじめとする、高齢者の在宅生活を支援する各種サービスが連携して提供される必要があります。また同時に、サービス利用を通じて、さまざまな関係者が高齢者の生活を見守る仕組みの充実が求められています。

一方、高齢化が急速に進む中で、高齢期の住まいづくりを効果的に進めるには、心身の状況にあわせたサービスが受けられる住まいの整備についても検討する必要があります。あわせて、自宅での生活が困難になった場合にも、適切な住まいが確保できるよう支援していく必要があります。こうした高齢者の居住安定確保にあたっては、住宅施策と福祉施策を連携させた取り組みが重要です。

また、高齢期の住まいづくり、住まい方について、情報提供や相談機能を充実し、住み慣れた地域で安心して生活し続けることができる環境を整備することが必要です。

## 2. 施策の方向性と主な取り組み

### (1) 居住環境の整備促進

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続するためには、生活の中心となる「住まい」が、高齢者にとって安全で住みやすい環境となっているかが重要となります。

そのため、高齢者の暮らしに配慮した住宅の居住環境整備を促進するとともに、手すりの設置や床の段差解消等のバリアフリー化による住環境の改善についても働きかけていきます。

#### 福祉用具・住宅改修支援事業によるバリアフリー化の推進

福祉用具・住宅改修の効果的な活用のため、福祉用具・住宅改修に関する相談・情報提供や住宅改修費に関する助言などを行います。

### ② 住み替え・住宅セーフティネットの推進による多様な住まい方の実現

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続するためには、生活の中心となる「住まい」が、高齢者にとって安全で住みやすい環境となっているかが重要となります。このため、早期からの住み替えなど、高齢者の暮らしに配慮した多様な住宅の整備促進を働きかけます。

### ③ 高齢者・障がい者に配慮した公営住宅・公共施設の整備

公営住宅や公共施設の改良・改善・整備にあたっては、高齢者や障がい者の生活に配慮するとともに、「高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律」(新バリアフリー法)に沿った環境づくりに努めます。

### (2) 多様な住まいの整備

#### ① 養護老人ホーム(阿蘇市立養護老人ホーム上寿園)

環境上または経済的理由により入所を必要とする方が、生活の安定と自立した日常生活を営むための総合的な支援を受けられる入所施設です。個人の生活空間の確保や要介護者の増加により、段差解消やベッド化等の対応の問題を抱えていることから、今後予定される園内の環境整備については「高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律」(新バリアフリー法)に沿った環境づくりに努めるとともに、個々の入所者においては、引き続き介護保険の在宅サービス(訪問介護、通所介護等)を利用することで対応します。今後は、園内整備の状況等により民営化も視野に入れながら、利用者の介護ニーズに対応していきます。

## ②軽費老人ホーム(ケアハウス)

単身や二人世帯での生活に不安を感じる高齢者にとって大変重要な役割を果たしていく施設ですが、経済的理由で利用困難な状況が見られることから、高齢者自身が望む生活を家族や親族の方に理解していただき、経済的に支援していただけるような状況整備が必要です。また、施設内だけの交流になりやすいことから、生きがいのある生活を送っていただけるよう、近隣の住民との交流や地域活動への積極的な参加を支援していきます。

## ③高齢者向け住宅(波野ふれあいプラザ)

単身世帯、高齢者世帯の増加に伴い、独立して生活することに不安があり、家族や親族の援助を受けることが困難な方のための共同生活居住スペースですが、入居者同士だけの交流になりやすく、近隣の他住民との交流が希薄になっている状況があります。今後できるだけ近隣の住民との交流や地域活動へ積極的に参加できるよう支援し、社会的孤立感の解消、自立生活の確保及び要介護状態の予防を図っていきます。

## ④高齢者向け住宅(高齢者専用住宅)

高齢化等による身体機能の低下などにより自宅での生活に不安を感じる高齢者に対して安心して生活できる住環境を提供しており、大変重要な役割を果たしていますが、入居者だけの交流になりやすく、今後できるだけ近隣の住民との交流や地域活動へ積極的に参加できるよう支援しながら、個々の介護ニーズにより対応できるよう支援していきます。

## (3)施設における生活環境改善等の推進

高齢者の尊厳ある生活を保障するという観点から、施設においても、できる限り在宅に近い居住環境の下で一人ひとりの生活のリズムを大切にしたケアが提供できるよう、施設の個室ユニット化等の生活環境改善等を推進します。

### 介護保険施設における個室ユニット化

在宅に近い居住環境で、入居者一人ひとりの個性や生活リズムに沿い、また、他人との人間関係を築きながら日常生活を営めるよう、個室ユニットの整備を促進します。

### 施設機能の地域展開

特別養護老人ホームは、これまでも通所介護事業所や訪問介護事業所を併設したり、地域交流スペースを設けて介護教室を開催したりするなど、その機能を入所者以外の人々にも提供してきました。

また、ボランティアの受け入れなどを通じて施設を地域に開放し、入所者と地域住民との交流を図っているところもあります。

今後は、こうした取り組みを広げるとともに、さらに一歩進んで、施設の人的・物的資源を地域に展開し、在宅サービスの拠点を施設外に設けて地域の高齢者を支援すること、例えば、サテライト方式（出前サービス）により、各地に通所介護の拠点を設け、積極的にその機能を高齢者にとって身近な地域で提供することなどが期待されています（小規模・多機能）。

本市は中山間地域を多く抱えていることから、サテライト方式等による通所介護拠点等の開設を施設に働きかけていきます。

## 第9章 介護保険事業の円滑な運営

本計画が描く2015年の市の将来像（基本目標）を念頭に置き、地域包括ケアシステムを構築していくという視点を持ち、平成26年度（第5期計画の最終年度）の目標を意識した上で、計画的にサービスの基盤整備を進めます。

### ■【目標】■

介護が必要になっても、地域で安心して暮らすことができるよう、介護保険サービスの量と質の確保に努めるとともに、介護保険事業を円滑に運営するために、介護給付の適正化、低所得者への支援及び事業者への適正な指導監督などを行います。

## 1. 介護保険事業の状況

### （1）人口推計

平成12年と同17年の国勢調査結果に基づいて、平成22年から同26年までの阿蘇市の人口を推計しました。推計結果によると、平成26年の65歳以上の高齢者数は平成22年と比べて524人の増加。26年の65歳以上の高齢者に占める75歳以上の後期高齢者の割合は、57.1%となると見込まれます。

■阿蘇市の人口推計 単位：人

年齢	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年
40歳未満	10,442	10,257	10,072	9,887	9,702
40-64歳	9,637	9,444	9,251	9,058	8,865
65歳以上計	8,843	8,974	9,105	9,236	9,367
前期高齢者	3,775	3,837	3,899	3,961	4,023
後期高齢者	5,068	5,137	5,206	5,275	5,344
推計総人口	28,922	28,675	28,428	28,181	27,934

## (2) 要支援・要介護認定者数の実績と見込み

本市の要支援・要介護認定者数は平成23年時点で1,756人となっています。平成26年にはさらに増加し、2,139人となることが見込まれます。

22年と23年の実績の比較から、今後は要支援者よりも要介護者が増加していくと見込まれます。

■年齢層別要支援・要介護認定者数と見込み 単位:人

年度	実績		見込み		
	22	23	24	25	26
65歳以上	1,664	1,714	1,755	1,927	2,078
40～64歳	39	42	45	52	61
総数	1,703	1,756	1,800	1,979	2,139

■要支援・要介護度別認定者数と見込み 単位:人

年度	実績		見込み		
	22	23	24	25	26
要支援1	251	241	218	212	197
要支援2	280	244	200	185	213
要介護1	363	389	414	436	466
要介護2	280	303	328	355	381
要介護3	218	234	255	347	387
要介護4	184	209	239	279	314
要介護5	127	136	145	165	180

## (3) 介護予防サービス等の利用者数と見込み

要支援の方を対象としたサービスです。「介護予防通所リハビリテーション」や「同通所介護」、「同訪問介護」、「介護予防福祉用具貸与」の利用者が多くなっています。

■介護予防サービス等利用者数と見込み 単位:人

年度	実績	見込み		
	23	24	25	26
(1)介護予防サービス				
介護予防訪問介護	78	92	105	119
介護予防訪問入浴介護	0	0	1	1
介護予防訪問看護	8	9	10	11
介護予防訪問リハビリテーション	22	23	23	24
介護予防居宅療養管理指導	3	8	13	18
介護予防通所介護	82	106	130	154
介護予防通所リハビリテーション	164	180	197	213
介護予防短期入所生活介護	0	3	5	8
介護予防短期入所療養介護	0	1	2	3
介護予防福祉用具貸与	122	130	138	146
特定介護予防福祉用具販売	3	4	6	7
(2)地域密着型介護予防サービス		0	0	0
介護予防認知症対応型通所介護	1	1	1	1
介護予防小規模多機能型居宅介護	0	1	2	3
(3)住宅改修	3	5	8	10
(4)介護予防支援	337	339	340	342

#### (4) 居宅介護サービス等の利用者数と見込み

要介護の方を対象としたサービスです。「通所リハビリテーション」や「通所介護」、「同訪問介護」、「介護予防福祉用具貸与」の利用者が多くなっています。地域密着型サービスでは、「認知症対応型通所介護」と「小規模多機能型居宅介護」が利用されています。

■居宅介護サービス等利用者数と見込み 単位:人

年度	実績		見込み	
	23	24	25	26
<b>(1) 居宅サービス</b>				
訪問介護	126	132	137	143
訪問入浴介護	12	16	21	25
訪問看護	32	38	44	50
訪問リハビリテーション	54	57	59	62
居宅療養管理指導	33	47	62	76
通所介護	198	246	295	343
通所リハビリテーション	248	274	300	326
短期入所生活介護	14	27	40	52
短期入所療養介護	4	4	4	4
福祉用具貸与	269	296	322	349
特定福祉用具販売	4	7	9	12
<b>(2) 地域密着型サービス</b>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	0	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0	0
認知症対応型通所介護	27	27	27	27
小規模多機能型居宅介護	23	23	23	24
複合型サービス	0	0	0	0
<b>(3) 住宅改修</b>	4	9	13	18
<b>(4) 居宅介護支援</b>	558	590	621	653

#### (5) 施設・居住系サービスの実績と見込み

要支援の方を対象とした介護予防サービスでは、1人が「介護予防特定施設入居者生活介護」を利用しています。

要介護の方を対象とした施設・居宅系サービスでは、地域密着型サービスの見込みが大きくなっています。

■施設・居住系介護予防サービス(要支援対象)の実績と見込み 単位:人

年度	実績		見込み		
	22	23	24	25	26
<b>(1) 介護予防サービス</b>					
介護予防特定施設入居者生活介護	0	1	1	1	1
<b>(2) 地域密着型介護予防サービス</b>					
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0	0	0
合計	0	1	1	1	1

■施設・居宅系サービスの実績と見込み

単位:人

年度	実績		見込み		
	22	23	24	25	26
(1)居宅サービス(計)	2	1	1	1	1
特定施設入居者生活介護	2	1	1	1	1
(2)地域密着型サービス(計)	49	99	121	121	121
認知症対応型共同生活介護	49	70	63	63	63
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	29	58	58	58
(5)介護保険施設サービス(計)	308	300	300	300	300
介護老人福祉施設	111	121	121	121	121
介護老人保健施設	143	134	141	141	141
介護療養型医療施設	54	45	38	38	38
施設・居宅計サービスの合計	359	400	422	422	422

## 2. 施策の方向性と主な取組み

### (1) 介護サービス量の見込み方についての方針

#### 介護サービス量の見込み

平成24年度から26年度までの3年間の介護サービス量の見込みについて、国の推計の手順などの考え方にに基づき、以下のとおり推計しました。

#### 1) 被保険者数の推計

被保険者数の推計では、国勢調査結果に基づいて、性・年齢階級別に推計しました。

#### 2) 要介護・要支援認定者数の推計

要介護・要支援認定者数について、1)による各年の性・年齢階級別被保険者数の見込みを基とし、性・年齢階級別の認定率の動向等を勘案して将来の認定率を見込み、これらに乗じて推計しました。

#### 3) 施設・居住系サービスの量の見込み

施設・居住系サービスの整備計画を踏まえるとともに、2)による認定者数の推計及び過去の給付実績の分析・評価により、サービス利用者数・給付費を推計しました。

#### 4) 居宅サービスの量の見込み

過去の給付実績を分析・評価し、今後の認定者に対するサービス利用者の割合や一人あたり利用回数・給付費を見込み、2)による認定者数の推計及び3)による

施設・居住系サービス利用者数の推計を勘案し、居宅サービスの利用者数・サービス量・給付費を推計しました。

## 5) 標準給付費の見込み

以上の総給付費に加え、利用者負担の軽減にかかる給付費等を過去の実績や社会経済状況を踏まえて推計し、標準給付費としました。

### 地域支援事業・サービス量の見込み

平成24年度から26年度までの3年間の地域支援事業費の見込みについて、介護予防事業、包括的支援事業・任意事業の各事業について、必要なサービス量を適切に見込むとともに、予想される財政フレームを踏まえ、事業費を推計しました。

### 保険料設定の考え方

平成24年度から26年度までの標準給付費及び地域支援事業費の推計、所得段階別第1号被保険者数の予測、国が示す保険料算定に必要な係数を基に、第1号被保険者保険料を設定。保険料の設定にあたっては、財政安定化基金及び市の介護給付費準備基金の活用を見込みました。

## (2) 制度の円滑な運営のための方針

介護保険制度の改正を踏まえ、要介護認定審査の効率的かつ適正な実施、介護給付適正化、ケアマネジメントの適正化支援、介護保険料・利用料の低所得者への配慮等、介護保険制度の円滑な運営を図ります。

### ①低所得者の方々への対応

#### 1) 利用者負担の軽減措置

- ・利用者の自己負担額（1割負担分）が一定の金額を超えた場合に、介護保険から払い戻しを行います。
- ・施設利用（短期入所を含む）における食費・居住費負担の上限を所得に応じて定めています。
- ・社会福祉法人が提供する介護保険サービスについて、利用者負担の軽減を行います。

#### 2) 第1号被保険者の介護保険料の負担軽減

- ・所得段階が第4段階の方のうち、合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下の方に対する負担軽減を図ります。

## ②介護サービスの質の向上

### 1) ケアマネジメントが円滑に機能するための支援策

#### ケアマネジャーの育成・確保

- ・要介護者等の誰もが、利用者本位の質の高いケアマネジメントを円滑、迅速に受けることができるよう、ケアマネジメントに携わるケアマネジャーの育成を行います。
- ・事例検討会やサービス提供事業所間の交流会、勉強会等を通じて、介護保険サービス従事者の質的向上に取り組みます。
- ・阿蘇地区介護支援専門員連絡協議会で実施する研修会等を支援していきます。

#### サービス事業者間等の連携推進のための支援

- ・適切な介護サービスの提供を行うため、個人情報の保護に留意しながら、必要に応じて要介護高齢者に関する情報の共有を図ります。
- ・ケアマネジメントに関する勉強会や効率的な連携策の検討等、情報交換ができる機会の創出を支援します。

#### 複合的なニーズへの対応

- ・介護保険サービス以外の保健・福祉サービスへのニーズが高い高齢者や、特別の配慮を必要とする高齢者（難病、精神障がい、知的障がい、加齢を主因としない身体障がい、失聴など）については、ケアマネジャーとの連携、協力のもと、ケアマネジメントが行えるよう支援します。
- ・高齢者虐待や介護放棄などの処遇困難事例については、地域包括支援センターを中心に関係機関と連携しながら、問題の解決に努めます。

### 2) サービスの質の確保

#### 苦情等への対応

- ・苦情処理に関わる県、県国保連合会、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等の関係機関との連携を強化することで迅速な処理を行うとともに、利用者の苦情等に対して可能な限り、問題の解決を図ります。
- ・保健師や社会福祉協議会、民生委員などの日常活動を通じて、問題の早期発見と早期の対応を図り、苦情が潜在化しないよう努めます。

#### サービス評価の仕組みづくり

- ・介護保険サービス提供事業者に対して、自己評価制度や第三者評価制度の導入を促進します。

#### 介護サービス提供事業者への助言・指導

- ・地域密着型サービス提供事業者に対する指導・監督を徹底するとともに、その他の介護サービス提供事業者に対しても、利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるよう、必要な助言・指導を行います。

## 公平公正な要介護認定の確保

### 1) 介護認定審査会の適正・効率化

- ・介護認定審査会における審査判定の充実に一層取り組むとともに、そのために必要な支援を行います。

### 2) 訪問調査の適正化等

- ・訪問調査が適正に行われるよう、県が実施する認定調査員研修会のほかに、「阿蘇地域介護認定審査会幹事プロジェクト会議」で計画するフォローアップ研修会を実施し、調査の具体的な進め方や聞き取り方法など、統一的な技術の向上をめざします。
- ・公平・公正な要介護認定調査ができるよう、認定調査員の質の向上と平準化に努めます。

### 3) 主治医との連携

- ・審査判定における主治医意見書の重要性に鑑み、主治医との連携が十分に図られるよう努めます。

### 4) 認定に関する情報の提供等

- ・申請者に対して認定の仕組みや認定結果について必要な情報を提供し、十分な説明を行うとともに、疑問や不満、苦情に対して適切に対応します。

## 給付の適正化

### 1) ケアプランの点検

- ・利用者の自立支援に資する適切なケアプランであるかなどに着目した点検を実施し、不適切と思われるケアプランについては重点的に助言・指導を行い、適切なケアプランの作成を促すことにより、給付費の適正化を図ります。

### 2) 住宅改修等の点検

- ・事前相談を利用しての助言・指導を実施し、改修後は適正な工事費及び内容となっているかなどの確認を行い、適正化を図ります。

### 3) 「医療情報突合」・「縦覧点検」

- ・医療給付と介護給付との突合情報をもとに、介護サービス事業所に対してサービス実績を確認し、重複請求や過誤などのチェックを行っていきます。

### 4) 介護給付費通知

- ・利用したサービス内容・給付額・負担額を利用者本人に通知することにより、利用しているサービスの内容の確認や過剰サービスなどに対する利用者意識を高めるとともに、事業所の架空請求などの防止・抑制に努めます。

## 広報活動の充実

### 1) 基本的な手段による情報提供

- ・サービスの利用手続きや保険料の賦課・収納の仕組みなど、制度の改正内容や介護保険に関する情報が常に住民に届くよう、広報誌やパンフレット、ホームページ等の様々なメディアを効果的に活用し、住民がわかりやすく制度を理解できるように努めます。
- ・事業社名、所在地、サービス種類、サービス提供時間、サービス提供区域など、介護保険のサービス事業者の各種情報を掲載した事業者リスト、事業者マップの作成を検討していきます。

### 2) インターネット技術を活用した情報提供

- ・行政の窓口に来られない高齢者が自宅で必要な情報を入手できるよう、「阿蘇地域介護マップシステム」等の充実に努めるとともに、ホームページをはじめとするインターネット技術を活用したサービス情報の迅速な提供に努めます。
- ・サービス利用に必要な申請様式等が市のホームページからダウンロードできるよう、システムの導入を検討します。

### 3) 身近な関係機関による情報提供

- ・インターネットや冊子等による情報の入手や、理解が困難な高齢者も想定されることから、地域包括支援センターや民生委員等の、地域の実情を把握する身近な関係機関等による情報提供の充実に図ります。

## 健全な保険財政の運営

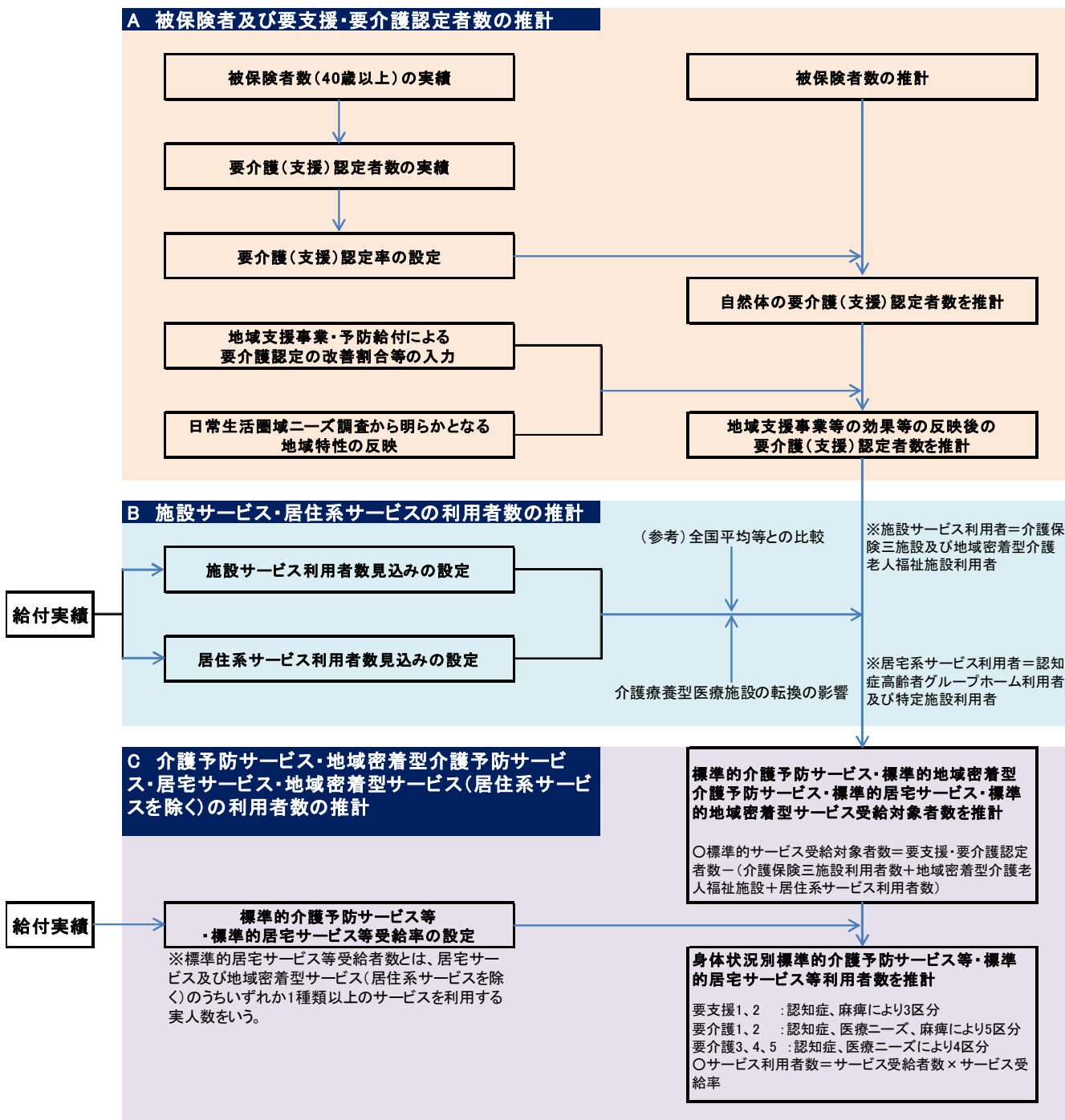
- ・適正な保険料の賦課・徴収に努めるとともに、収納率の向上をめざします。

### (3) 介護保険サービス必要量の見込み

#### 第5期計画における介護給付費等対象サービスの見込み量の推計手順

介護給付費等対象サービスの見込み量の推計手順の流れは下図のとおりです。

#### ■第5期計画における介護給付費等対象サービスの見込み量の推計手順



## D サービス必要量の推計

身体状況×サービス  
 ・一人一月当たり利用日数・回数  
 ・一回(一日)当たり費用の算出

身体状況別に各サービスの必要量を推計(自然体)  
 ○各サービスの必要量  
 =サービスの利用者数×各サービスの利用率  
 ×各サービス別利用者一人一月当たりの利用日数・回数

各サービスの供給量見込みの設定

## E 総費用の推計

**総費用の推計**  
 ○総費用=施設サービス等の利用者数見込み×サービス利用一人一月当たり給付額×12月×10  
 +居住系サービス利用者数見込み×サービス利用一人一月当たり給付額×12月×10  
 +各介護予防サービス等/居宅サービス等の供給量見込み×サービス利用一回(一日)当たり費用×12月×10  
 +その他の給付費(居宅介護支援費、介護予防支援費、地域支援事業に係る費用等)

## F 保険料の推計

第1号被保険者の保険料額を推計

## 人口及び被保険者数の推計

国勢調査結果に基づき、計画期間中の人口推計を行いました。

### ■阿蘇市の人口推計

単位:人

年齢	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年
40歳未満	10,442	10,257	10,072	9,887	9,702
40-64歳	9,637	9,444	9,251	9,058	8,865
65歳以上計	8,843	8,974	9,105	9,236	9,367
前期高齢者	3,775	3,837	3,899	3,961	4,023
後期高齢者	5,068	5,137	5,206	5,275	5,344
推計総人口	28,922	28,675	28,428	28,181	27,934

## 要介護(支援)認定者数の推計

直近の実績等に基づいて将来の性別・年齢階級別の認定率を推計し、将来の被保険者数に乗じることで要介護(支援)認定者数を推計しました。

要介護(支援)認定者数の推計値 = 被保険者数 × 認定率

× 地域支援事業・予防給付等による要介護認定の改善割合

± 日常生活圏域ニーズ調査の結果から見込まれる地域特性等

■平成24～26年度までの要支援・要介護認定者数の推計値(調整後)

平成24年度

	計	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
第1号被保険者	1,755	212	191	406	319	247	238	142
65～69歳	45	11	10	5	7	5	2	5
70～74歳	88	6	12	34	10	9	11	5
75～79歳	262	48	33	71	40	29	29	11
80～84歳	367	61	30	88	90	30	52	16
84～89歳	574	59	83	139	84	97	59	53
90歳以上	419	26	23	69	87	77	85	51
第2号被保険者	45	6	9	8	9	7	1	4
総数	1,800	218	200	414	328	255	239	145

平成25年度

	計	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
第1号被保険者	1,927	205	176	428	345	338	274	161
65～69歳	47	13	12	2	6	4	4	5
70～74歳	115	14	5	39	10	21	13	14
75～79歳	261	48	26	77	37	28	33	10
80～84歳	419	49	37	83	98	77	61	13
84～89歳	637	54	86	158	88	123	65	63
90歳以上	449	26	10	70	107	85	97	54
第2号被保険者	52	7	10	8	9	9	4	4
総数	1,979	212	185	436	355	347	279	165

平成26年度

	計	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
第1号被保険者	2,078	188	203	454	372	377	310	175
65～69歳	53	15	14	4	5	4	4	6
70～74歳	127	13	13	45	9	16	14	17
75～79歳	259	50	20	82	33	27	37	9
80～84歳	408	36	23	76	105	86	71	10
84～89歳	701	50	88	176	92	150	72	75
90歳以上	529	25	44	70	128	93	111	57
第2号被保険者	61	9	10	13	10	11	4	5
総数	2,139	197	213	466	381	387	314	180

## 施設・居住系サービス利用者数の推計

直近の利用実績等に基づいて計画期間における将来の1ヶ月当たりの利用者数を推計しました。

施設・居住系サービス利用者数の推計値

= 要介護（支援）認定者数 × 施設・居住系サービス利用者割合

### ■施設・居宅系サービス利用者数の見込み (介護予防サービス)

平成24年度 単位:人

(1)介護予防サービス	
介護予防特定施設入居者生活介護	1
(2)地域密着型介護予防サービス	
介護予防認知症対応型共同生活介護	0
合計	1

平成25年度 単位:人

(1)介護予防サービス	
介護予防特定施設入居者生活介護	1
(2)地域密着型介護予防サービス	
介護予防認知症対応型共同生活介護	0
合計	1

平成26年度 単位:人

(1)介護予防サービス	
介護予防特定施設入居者生活介護	1
(2)地域密着型介護予防サービス	
介護予防認知症対応型共同生活介護	0
合計	1

■施設・居宅系サービス利用者数の見込み数  
(介護サービス)

平成24年度

単位:人

(1)居宅サービス(計)	1
特定施設入居者生活介護	1
(2)地域密着型サービス(計)	121
認知症対応型共同生活介護	63
地域密着型特定施設入居者生活介護	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	58
(3)介護保険施設サービス(計)	313
非転換分	306
介護療養からの転換分	7
介護老人福祉施設	141
介護老人保健施設	141
非転換分	134
介護療養からの転換分	7
介護療養型医療施設	非転換分( 31
非転換分	31
他施設等への転換分	7
合計	435
非転換分	428
介護療養からの転換分	7

平成25年度

(1)居宅サービス(計)	1
特定施設入居者生活介護	1
(2)地域密着型サービス(計)	121
認知症対応型共同生活介護	63
地域密着型特定施設入居者生活介護	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	58
(3)介護保険施設サービス(計)	323
非転換分	316
介護療養からの転換分	7
介護老人福祉施設	151
介護老人保健施設	148
非転換分	141
介護療養からの転換分	7
介護療養型医療施設	非転換分( 24
非転換分	24
他施設等への転換分	7
合計	445
非転換分	438
介護療養からの転換分	7

平成26年度

(1)居宅サービス(計)	1
特定施設入居者生活介護	1
(2)地域密着型サービス(計)	121
認知症対応型共同生活介護	63
地域密着型特定施設入居者生活介護	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	58
(3)介護保険施設サービス(計)	333
非転換分	326
介護療養からの転換分	7
介護老人福祉施設	161
介護老人保健施設	155
非転換分	148
介護療養からの転換分	7
介護療養型医療施設	非転換分( 17
非転換分	17
他施設等への転換分	7
合計	455
非転換分	448
介護療養からの転換分	7

## 標準的居宅サービス等受給者数の推計

直近の実績に基づく認定者数から施設・居住系サービス利用者を減じ、標準的居宅サービス等受給対象者数を算出しました。さらに、標準的居宅サービス等受給対象者数に直近の利用実績等に基づいて推計される受給率を乗じることで、標準的居宅サービス等受給者数を算出しました。

標準的居宅サービス等受給者数の推計値

= (要介護(支援)認定者数 - 施設・居住系サービス利用者数)

× 標準的居宅サービス等受給率

± 日常生活圏域ニーズ調査の結果から見込まれる地域特性

### ■標準的居宅サービス受給者数の推計値(調整後)

年度	24	25	26
要支援1	147	152	150
要支援2	154	148	178
要介護1	251	252	257
要介護2	182	196	211
要介護3	102	177	215
要介護4	74	107	141
要介護5	23	33	43
合計	933	1,066	1,195

単位:人

## 身体状況別標準的居宅サービス等利用者数の推計

直近の利用実績等に基づいて標準的居宅サービス等受給者の身体状況別サービス別利用者割合を推計しました。直近の実績に基づく身体状況別サービス別利用者割合を将来の標準的居宅サービス等受給者数に乗じることで身体状況別標準的居宅サービス等利用者数を推計しました。

身体状況別標準的居宅サービス等利用者数の推計値

= 標準的居宅サービス等受給者数

× 身体状況別標準的居宅サービス等利用者割合

身体状況の定義は、要介護認定データ等から得られる情報によって以下のように行いました。

- 1) 認知症の程度は、「認知症高齢者の日常生活自立度」により2区分を設定して定義
- 2) 医療ニーズの高低は、「特定疾病」及び「過去14日間に受けた医療」への該当有無によって2区分を設定
- 3) 廃用症候群の有無は直接的に定義出来る情報がないため、「障害高齢者の日常生活自立度」で表現し、2区分を設定して定義

### ■要介護度と身体状況の組み合わせ

要介護度	区分	認知症高齢者の日常生活自立度		医療ニーズ	障害高齢者の日常生活自立度
		認知症の区分①	認知症の区分②		
要支援 1、2	1		I 以上		
	2		I 未満		高い
	3		I 未満		低い
要介護 1、2	1	II 以上		高い	
	2	II 以上		低い	
	3	II 未満		高い	
	4	II 未満		低い	高い
	5	II 未満		低い	低い
要介護 3、4、5	1	II 以上		高い	
	2	II 以上		低い	
	3	II 未満		高い	
	4	II 未満		低い	

上記の身体状況の定義を要介護度と組み合わせ、要支援・要介護度ごとにより精緻な身体状況別の推計を行いました（平成24年度の分のみ掲載）。

平成24年度

認定区分 身体状況区分	要支援1					要支援2						
	合計	1	2	3	合計	1	2	3	合計	1	2	3
		有 —	無 高	無 低		有 —	無 高	無 低				
認知症 日常生活自立度												
(1)介護予防サービス												
介護予防訪問介護	44	28	12	5	37	30	5	3				
介護予防訪問入浴介護	0	0	0	0	0	0	0	0				
介護予防訪問看護	1	1	0	0	6	5	0	1				
介護予防訪問リハビリテーション	10	3	3	4	13	8	1	4				
介護予防居宅療養管理指導	1	0	0	1	2	2	0	0				
介護予防通所介護	38	24	12	2	45	36	4	6				
介護予防通所リハビリテーション	85	53	18	13	84	67	7	9				
介護予防短期入所生活介護	0	0	0	0	0	0	0	0				
介護予防短期入所療養介護	0	0	0	0	0	0	0	0				
介護予防福祉用具貸与	59	28	16	16	68	45	11	11				
特定介護予防福祉用具販売	1	1	0	0	2	2	0	0				
(2)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	1	1	0	0	0	0	0	0				
介護予防小規模多機能型居宅介	0	0	0	0	0	0	0	0				
(3)住宅改修	1	0	1	0	2	2	0	0				
(4)介護予防支援	187	111	51	26	164	127	17	21				
合計	429	250	111	67	422	323	45	54				

平成24年度

認定区分 身体状況区分	要介護1						要介護2					
	合計	1	2	3	4	5	合計	1	2	3	4	5
		有 高	有 低	無 高	無 低	無 低		有 高	有 低	無 高	無 低	無 低
医療ニーズ 日常生活自立度												
(1)居宅サービス												
訪問介護	63	1	56	1	4	1	36	4	26	1	4	0
訪問入浴介護	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
訪問看護	12	3	7	1	1	0	6	0	4	0	2	0
訪問リハビリテーション	12	0	8	0	4	0	15	1	9	1	3	1
居宅療養管理指導	9	1	7	0	1	0	8	0	5	0	2	0
通所介護	86	3	76	0	6	1	61	0	45	2	13	1
通所リハビリテーション	110	2	85	2	20	1	83	4	54	6	18	0
短期入所生活介護	4	0	4	0	0	0	2	0	2	0	0	0
短期入所療養介護	2	0	2	0	0	0	2	0	2	0	0	0
福祉用具貸与	71	1	50	0	19	1	92	5	50	6	28	2
特定福祉用具販売	1	0	1	0	0	0	2	0	2	0	0	0
(2)地域密着型サービス												
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
認知症対応型通所介護	8	0	7	0	1	0	8	0	8	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	5	0	5	0	0	0	6	0	6	0	0	0
複合型サービス	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(3)住宅改修	2	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0
(4)居宅介護支援	245	7	195	3	35	4	173	8	115	9	40	2
合計	631	19	504	7	93	8	495	23	328	26	112	6

平成24年度

認定区分 身体状況区分	要介護3				要介護4				要介護5						
	合計	1	2	3	4	合計	1	2	3	4	合計	1	2	3	4
		有 高	有 低	無 高	無 低		有 高	有 低	無 高	無 低		有 高	有 低	無 高	無 低
医療ニーズ 日常生活自立度															
(1)居宅サービス															
訪問介護	12	1	11	0	0	19	1	12	1	4	7	0	5	2	0
訪問入浴介護	0	0	0	0	0	7	0	1	1	4	6	2	2	1	0
訪問看護	2	0	2	0	0	11	0	4	3	4	5	2	1	0	1
訪問リハビリテーション	6	0	6	0	0	22	1	12	3	6	7	2	2	2	0
居宅療養管理指導	6	1	5	0	0	11	0	8	0	3	3	0	2	0	1
通所介護	36	4	31	0	1	25	1	21	0	3	5	1	3	0	0
通所リハビリテーション	38	1	27	1	10	29	3	17	3	7	6	1	3	0	1
短期入所生活介護	4	0	4	0	0	3	0	3	0	0	2	0	2	0	0
短期入所療養介護	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福祉用具貸与	55	6	34	2	13	63	3	41	6	14	18	3	11	2	1
特定福祉用具販売	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(2)地域密着型サービス															
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
認知症対応型通所介護	7	0	7	0	0	4	0	4	0	0	2	0	2	0	0
小規模多機能型居宅介護	6	0	6	0	0	6	0	6	0	0	2	0	2	0	0
複合型サービス	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(3)住宅改修	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
(4)居宅介護支援	94	6	72	2	13	69	4	43	7	15	20	3	11	2	2
合計	269	21	206	5	36	270	14	172	23	61	83	16	49	10	7

## 予防給付対象サービスの今後の目標量

介護予防サービスの種類別の利用者数及び必要量（供給量）については、要支援認定者数、サービスの整備状況、各サービスの利用率を踏まえ、平成26年度まで見込みました。

### 1) 介護予防サービス

#### 介護予防訪問介護

要支援者を対象に、利用者が主体的に行う調理、洗濯等に対する支援を訪問介護員が居宅で行うサービスです。

##### 介護予防訪問介護

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(人/年)		1,100	1,264	1,428
利用者数合計(人/月)		92	105	119
要支援1	利用者数(人/月)	45	54	62
要支援2	利用者数(人/月)	46	52	57

#### 介護予防訪問入浴介護

要支援者を対象に、介護予防を目的として利用者の入浴に対する支援を居宅で行うサービスです。

##### 介護予防訪問入浴

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(回/年)		12	25	37
利用者数合計(人/年)		4	8	12
サービス必要量合計(回/月)		1	2	3
利用者数合計(人/月)		0	1	1
要支援1	必要量(回/月)	0	0	0
	利用者数(人/月)	0	0	0
要支援2	必要量(回/月)	1	2	3
	利用者数(人/月)	0	1	1

### 介護予防訪問看護

要支援者を対象に、基礎疾患を抱えつつ廃用症候群（生活不活発病）対策を行います。利用者の基礎疾患の管理を居宅で行うサービスです。

#### 介護予防訪問看護

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(回/年)		552	611	671
利用者数合計(人/年)		108	120	132
サービス必要量合計(回/月)		46	51	56
利用者数合計(人/月)		9	10	11
要支援1	必要量(回/月)	10	15	20
	利用者数(人/月)	2	3	4
要支援2	必要量(回/月)	36	36	36
	利用者数(人/月)	7	7	7

### 介護予防訪問リハビリテーション

要支援者を対象に、日常生活を想定して運動療法や作業習慣のレベルアップ等を中心としたリハビリテーションを短期集中的に居宅で行うサービスです。

#### 介護予防訪問リハビリテーション

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(回/年)		2,286	2,340	2,394
利用者数合計(人/年)		272	280	282
サービス必要量合計(回/月)		191	195	200
利用者数合計(人/月)		23	23	24
要支援1	必要量(回/月)	68	75	83
	利用者数(人/月)	9	10	11
要支援2	必要量(回/月)	123	120	117
	利用者数(人/月)	14	13	13

### 介護予防居宅療養管理指導

要支援者を対象に、日常生活を想定して利用者の生活機能を向上させるための療養指導、栄養指導、口腔清掃等を居宅で行うサービスです。

#### 介護予防居宅療養管理指導

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(人/年)		96	156	216
サービス必要量合計(人/月)		8	13	18
要支援1	利用者数(人/月)	4	7	10
要支援2	利用者数(人/月)	4	6	8

### 介護予防通所介護

要支援者を対象に、日常生活を想定して筋力向上トレーニングや転倒予防のための指導等の機能訓練を短期集中的に通所施設で行うサービスです。

#### 介護予防通所介護

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(人/年)		1,273	1,562	1,850
利用者数合計(人/月)		106	130	154
要支援1	利用者数(人/月)	52	72	91
要支援2	利用者数(人/月)	54	59	63

### 介護予防通所リハビリテーション

要支援者を対象に、日常生活を想定して運動療法や作業習慣のレベルアップ等を中心としたリハビリテーションを短期集中的に施設で行うサービスです。

#### 介護予防通所リハビリテーション

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(人/年)		2,164	2,360	2,556
利用者数合計(人/月)		180	197	213
要支援1	利用者数(人/月)	81	91	101
要支援2	利用者数(人/月)	99	106	112

### 介護予防短期入所生活介護

要支援者を対象に、退所後の日常生活を想定した筋力向上トレーニングや転倒予防のための指導等の機能訓練を中心に、施設に短期間入所させ、集中的に行うサービスです。

介護予防短期入所生活介護

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(日/年)		54	108	162
利用者数合計(人/年)		32	65	97
サービス必要量合計(日/月)		5	9	14
利用者数合計(人/月)		3	5	8
要支援1	必要量(日/月)	0	0	0
	利用者数(人/月)	2	3	5
要支援2	必要量(日/月)	5	9	14
	利用者数(人/月)	1	2	3

### 介護予防短期入所療養介護

要支援者を対象に、利用者の基礎疾患を管理しつつ、日常生活を想定した廃用症候群（生活不活発病）対策としての機能訓練等を中心に、施設に入所させて行うサービスです。

介護予防短期入所療養介護

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(日/年)		10	19	29
利用者数合計(人/年)		13	25	38
サービス必要量合計(日/月)		1	2	2
利用者数合計(人/月)		1	2	3
要支援1	必要量(日/月)	0	0	0
	利用者数(人/月)	0	0	1
要支援2	必要量(日/月)	1	2	2
	利用者数(人/月)	1	2	2

### 介護予防特定施設入居者生活介護

要支援者を対象に、日常生活を想定して筋力向上トレーニングや転倒予防のための指導等の機能訓練を中心に、期間を区切って集中的に特定施設で行うサービスです。

#### 介護予防特定施設入居者介護

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス供給量合計(人/年)		12	12	12
サービス供給量合計(人/月)		1	1	1
要支援1	供給量(人/月)	0	0	0
要支援2	供給量(人/月)	1	1	1

### 介護予防福祉用具貸与

要支援者を対象に、利用者の生活機能の状態を踏まえ、福祉用具のうち当該生活機能の向上に真に必要なものの貸与を行うサービスです。

#### 介護予防福祉用具貸与

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(人/年)		1,560	1,656	1,752
利用者数合計(人/月)		130	138	146
要支援1	利用者数(人/月)	55	62	68
要支援2	利用者数(人/月)	75	76	78

### 特定介護予防福祉用具販売

要支援者を対象に、特定の福祉用具の購入に際し、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境等を踏まえた適切な特定福祉用具の選定の援助、取り付け、調整等を行うサービスです。

#### 特定介護予防福祉用具販売

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス供給量合計(人/年)		52	68	84
サービス供給量合計(人/月)		4	6	7
要支援1	利用者数(人/月)	2	3	4
要支援2	利用者数(人/月)	2	3	3

## 2) 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

要支援者を対象に、軽度の認知症があつて廃用症候群（生活不活発病）の状態にある人について、日常生活を想定しつつ、介護予防を目的とし、通所系サービスに通うなどして、機能訓練を中心に行うサービスです。

#### 介護予防認知症対応型通所介護

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス供給量合計(回/年)		96	97	97
利用者数合計(人/年)		13	15	16
サービス供給量合計(回/月)		8	8	8
利用者数合計(人/月)		1	1	1
要支援1	必要量(回/月)	8	8	8
	利用者数(人/月)	1	1	1
要支援2	必要量(回/月)	0	0	0
	利用者数(人/月)	0	0	0

### 介護予防小規模多機能型居宅介護

要支援者の様態や希望に応じて、サービス拠点への「通い」を中心に、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせ、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話や機能訓練を受けることができるサービスです。

#### 介護予防小規模多機能型居宅介護

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス供給量合計(人/年)		11	22	33
サービス供給量合計(人/月)		1	2	3
要支援1	利用者数(人/月)	0	1	1
要支援2	利用者数(人/月)	0	1	1

### 3) 住宅改修

介護予防を目的とし、生活する環境を整えるために必要と認められる小規模な住宅改修を行った場合に、住宅改修に要した費用の一部を支給します。限度額は20万円（原則として1つの住居につき）で、住宅改修に要した費用のうち、9割相当額が支給されます。住宅改修費の支給を受けるためには、事前に地域包括支援センターへ相談し、必要な改修内容を検討することになります。

住宅改修

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス供給量合計(人/年)		64	92	120
サービス供給量合計(人/月)		5	8	10
要支援1	利用者数(人/月)	2	4	5
要支援2	利用者数(人/月)	3	4	5

### 4) 介護予防支援

要支援1または要支援2と判定された方に対して、要介護状態へ移行することを呼ぼうとする観点から、介護予防マネジメントを行うものです。

介護予防支援

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(人/年)		4,064	4,084	4,104
利用者数合計(人/月)		339	340	342
要支援1	利用者数(人/月)	160	163	167
要支援2	利用者数(人/月)	179	177	175

## 介護給付対象サービスの今後の目標量

### 1) 居宅サービス

#### 訪問介護

要介護者を対象に、ホームヘルパー（訪問介護員）が家庭を訪問し、身体介護や生活支援等を行うサービスです。

#### 訪問介護

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(回/月)		2,375	2,491	2,606
利用者数合計(人/月)		132	137	143
要介護1	必要量(回/月)	899	920	940
	利用者数(人/月)	63	65	66
要介護2	必要量(回/月)	612	633	655
	利用者数(人/月)	34	35	37
要介護3	必要量(回/月)	318	336	355
	利用者数(人/月)	12	12	13
要介護4	必要量(回/月)	432	469	507
	利用者数(人/月)	15	17	18
要介護5	必要量(回/月)	115	132	149
	利用者数(人/月)	7	8	9

#### 訪問入浴介護

要介護者の家庭を、移動入浴車が訪問し、入浴の介護を行うサービスです。

#### 訪問入浴介護

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(回/月)		77	91	104
利用者数合計(人/月)		16	21	25
要介護1	必要量(回/月)	4	3	2
	利用者数(人/月)	2	1	1
要介護2	必要量(回/月)	0	0	0
	利用者数(人/月)	1	2	2
要介護3	必要量(回/月)	0	0	0
	利用者数(人/月)	1	3	4
要介護4	必要量(回/月)	38	44	50
	利用者数(人/月)	6	7	8
要介護5	必要量(回/月)	35	44	52
	利用者数(人/月)	7	8	10

### 訪問看護

看護師等が要介護者の家庭を訪問し、療養上の世話、または必要な診療補助を行うサービスです。

#### 訪問看護

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(回/月)		175	201	227
利用者数合計(人/月)		38	44	50
要介護1	必要量(回/月)	51	46	41
	利用者数(人/月)	11	10	9
要介護2	必要量(回/月)	37	40	44
	利用者数(人/月)	7	7	8
要介護3	必要量(回/月)	20	32	45
	利用者数(人/月)	5	8	11
要介護4	必要量(回/月)	31	38	44
	利用者数(人/月)	10	12	14
要介護5	必要量(回/月)	36	45	54
	利用者数(人/月)	5	7	8

### 訪問リハビリテーション

心身機能の維持回復及び日常生活の自立支援等を目的に、要介護者の家庭において、必要なリハビリテーションを行うサービスです。

#### 訪問リハビリテーション

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(回/月)		701	737	772
利用者数合計(人/月)		57	59	62
要介護1	必要量(回/月)	162	158	153
	利用者数(人/月)	12	11	11
要介護2	必要量(回/月)	128	126	125
	利用者数(人/月)	14	14	14
要介護3	必要量(回/月)	110	143	175
	利用者数(人/月)	9	11	14
要介護4	必要量(回/月)	196	188	179
	利用者数(人/月)	15	15	14
要介護5	必要量(回/月)	106	122	139
	利用者数(人/月)	7	8	9

### 居宅療養管理指導

要介護者に対し、病院や診療所の医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士等が、定期的に療養上の管理及び指導等を行うサービスです。

#### 居宅療養管理指導

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(人/月)		47	62	76
要介護1	利用者数(人/月)	10	10	11
要介護2	利用者数(人/月)	9	11	13
要介護3	利用者数(人/月)	11	16	21
要介護4	利用者数(人/月)	12	17	21
要介護5	利用者数(人/月)	5	8	10

### 通所介護

要介護者に対し、心身機能の維持向上等による自立的な生活を支援することを目的とした生活指導や日常動作訓練、健康チェック、入浴・給食サービスなどを行うサービスです。

#### 通所介護

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(回/月)		2,674	3,194	3,714
利用者数合計(人/月)		246	295	343
要介護1	必要量(回/月)	1,095	1,301	1,508
	利用者数(人/月)	105	125	144
要介護2	必要量(回/月)	663	743	823
	利用者数(人/月)	65	73	80
要介護3	必要量(回/月)	621	759	898
	利用者数(人/月)	44	54	63
要介護4	必要量(回/月)	243	311	379
	利用者数(人/月)	25	32	39
要介護5	必要量(回/月)	53	79	106
	利用者数(人/月)	8	12	16

### 通所リハビリテーション

心身機能の維持回復及び日常生活の自立支援等を目的に、要介護者が老人保健施設や病院等に通所し、必要なりハビリテーションを受けるサービスです。

通所リハビリテーション

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(回/月)		2,843	3,131	3,420
利用者数合計(人/月)		274	300	326
要介護1	必要量(回/月)	1,047	1,061	1,074
	利用者数(人/月)	110	112	113
要介護2	必要量(回/月)	876	933	989
	利用者数(人/月)	82	88	93
要介護3	必要量(回/月)	529	658	786
	利用者数(人/月)	48	59	71
要介護4	必要量(回/月)	304	369	434
	利用者数(人/月)	27	32	38
要介護5	必要量(回/月)	96	111	136
	利用者数(人/月)	7	9	11

### 短期入所生活介護

要介護者を対象に、介護者の疾病や出産、社会的行事、休養や旅行等の理由により一時的に介護が困難になった場合、短期間特別養護老人ホーム等で介護するサービスです。

短期入所生活介護

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(日/月)		145	214	282
利用者数合計(人/月)		27	40	52
要介護1	必要量(日/月)	43	64	84
	利用者数(人/月)	8	12	15
要介護2	必要量(日/月)	36	56	75
	利用者数(人/月)	4	7	9
要介護3	必要量(日/月)	17	25	33
	利用者数(人/月)	7	11	14
要介護4	必要量(日/月)	12	18	24
	利用者数(人/月)	4	6	8
要介護5	必要量(日/月)	37	51	66
	利用者数(人/月)	3	4	6

### 短期入所療養介護

要介護者が、老人保健施設や療養型医療施設に短期間入所し、看護や医学的管理下における介護、機能訓練、その他必要な医療等を受けるサービスです。

#### 短期入所療養介護

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(日/月)		20	20	19
利用者数合計(人/月)		4	4	4
要介護1	必要量(日/月)	11	10	8
	利用者数(人/月)	2	1	1
要介護2	必要量(日/月)	8	9	9
	利用者数(人/月)	2	2	2
要介護3	必要量(日/月)	1	1	2
	利用者数(人/月)	0	0	0
要介護4	必要量(日/月)	0	0	0
	利用者数(人/月)	0	0	0
要介護5	必要量(日/月)	0	0	0
	利用者数(人/月)	0	0	0

### 特定施設入居者生活介護

介護保険指定の有料老人ホームやケアハウス等に入所している要介護者に対し、入浴や排泄、食事等の介護、日常生活上の援助、機能訓練等を行うサービスです。

#### 特定施設入居者生活介護

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス供給量合計(人/月)		1	1	1
要介護1	供給量(人/月)	1	1	1
要介護2	供給量(人/月)	0	0	0
要介護3	供給量(人/月)	0	0	0
要介護4	供給量(人/月)	0	0	0
要介護5	供給量(人/月)	0	0	0

### 福祉用具貸与

要介護者に対し、日常生活を支援する特殊寝台やエアーマット、車いす等を貸与するサービスです。

福祉用具貸与

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(人/年)		3,546	3,864	4,182
利用者数合計(人/月)		296	322	349
要介護1	利用者数(人/月)	61	51	42
要介護2	利用者数(人/月)	86	88	89
要介護3	利用者数(人/月)	67	82	96
要介護4	利用者数(人/月)	59	73	86
要介護5	利用者数(人/月)	22	29	35

### 特定福祉用具販売

心身の機能が低下し、日常生活を営むのに支障がある要介護者に対して、日常生活上の便宜を図り、自立した生活を支援するため、腰掛便座、入浴補助用具などの福祉用具購入に係る費用を支給します。

特定福祉用具販売

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(人/年)		80	112	144
利用者数合計(人/月)		7	9	12
要介護1	利用者数(人/月)	2	3	4
要介護2	利用者数(人/月)	3	5	6
要介護3	利用者数(人/月)	1	2	2
要介護4	利用者数(人/月)	0	0	0
要介護5	利用者数(人/月)	0	0	0

## 2) 地域密着型サービス

### 夜間対応型訪問介護

夜間、定期的な巡回訪問や通報を受けて、居宅で要介護者がホームヘルパー（訪問介護員）により行われる入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上の世話などを受けることができるサービスです。第5期計画期間中は見込み量を設定していません。

### 認知症対応型通所介護

認知症の要介護者が、老人デイケアセンター等を利用して、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話や機能訓練を受けることができるサービスです。

認知症対応型通所介護

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(回/月)		327	327	328
利用者数合計(人/月)		27	27	27
要介護1	必要量(回/月)	86	74	63
	利用者数(人/月)	7	6	5
要介護2	必要量(回/月)	86	91	95
	利用者数(人/月)	7	8	8
要介護3	必要量(回/月)	109	119	129
	利用者数(人/月)	8	8	9
要介護4	必要量(回/月)	25	26	26
	利用者数(人/月)	3	3	3
要介護5	必要量(回/月)	21	18	14
	利用者数(人/月)	2	1	1

### 小規模多機能型居宅介護

要介護者の状態や希望に応じてサービス拠点への「通い」を中心に、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせ、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話や機能訓練を受けることができるサービスです。

小規模多機能型居宅介護

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(人/月)		23	23	24
要介護1	利用者数(人/月)	5	5	5
要介護2	利用者数(人/月)	6	6	6
要介護3	利用者数(人/月)	7	7	8
要介護4	利用者数(人/月)	4	4	5
要介護5	利用者数(人/月)	2	1	1

### 認知症対応型共同生活介護

認知症の要介護高齢者が共同で生活できる場で、食事、入浴などの介護や機能訓練を受けることができるサービスです。

#### 認知症対応型共同生活介護

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス供給量合計(人/月)		63	63	63
要介護1	供給量(人/月)	13	13	13
要介護2	供給量(人/月)	15	15	15
要介護3	供給量(人/月)	21	21	21
要介護4	供給量(人/月)	11	11	11
要介護5	供給量(人/月)	3	3	3

### 地域密着型特定施設入居者生活介護

定員29人以下の有料老人ホーム等に入居している要介護者が、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話や機能訓練、療養上の世話を受けることができるサービスです。

### 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

定員29人以下の介護老人福祉施設に入所している要介護者が、入浴、排せつ、食事等の介護やその他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を受けることができるサービスです。第4期計画期間中は供給量を設定していません。

#### 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス供給量合計(人/月)		58	58	58
要介護1	供給量(人/月)	0	0	0
要介護2	供給量(人/月)	8	8	8
要介護3	供給量(人/月)	32	32	32
要介護4	供給量(人/月)	8	8	8
要介護5	供給量(人/月)	10	10	10

### 3) 住宅改修

要介護者に対し、生活する環境を整えるために必要と認められる小規模な住宅改修を行った場合に、住宅改修に要した費用の一部を支給します。限度額は20万円（原則として1つの住居につき）で、住宅改修に要した費用のうち、9割相当額が支給されます。住宅改修費の支給を受けるためには、事前にケアマネジャーへ相談し、必要な改修内容を検討することになります。

住宅改修

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(人/年)		104	160	216
サービス必要量合計(人/月)		9	13	18
要介護1	利用者数(人/月)	3	4	5
要介護2	利用者数(人/月)	2	4	5
要介護3	利用者数(人/月)	1	3	4
要介護4	利用者数(人/月)	1	2	2
要介護5	利用者数(人/月)	1	1	2

### 4) 居宅介護支援

介護利用者が適切に介護サービスを利用できるようにするため、利用者の依頼のもと、介護支援専門員（ケアマネジャー）が居宅介護サービスの計画を立てます。その計画に従い、サービスが提供されるようにサービス提供事業者との調整を行います。

居宅介護支援

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス必要量合計(人/年)		7,076	7,456	7,836
利用者数合計(人/月)		590	621	653
要介護1	利用者数(人/月)	249	256	263
要介護2	利用者数(人/月)	175	190	204
要介護3	利用者数(人/月)	95	103	110
要介護4	利用者数(人/月)	53	57	60
要介護5	利用者数(人/月)	17	16	16

## 5) 施設サービス

### 介護老人福祉施設

介護老人福祉施設は、常時介護を必要とする要介護者の生活の場として、介護や食事、入浴等の日常生活上の支援が行われる施設です。

#### 介護老人福祉施設

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス供給量合計(人/月)		141	151	161
要介護1	供給量(人/月)	6	8	10
要介護2	供給量(人/月)	12	14	16
要介護3	供給量(人/月)	29	31	33
要介護4	供給量(人/月)	51	53	55
要介護5	供給量(人/月)	43	45	47

### 介護老人保健施設

介護老人保健施設は、在宅への復帰を目標として要介護高齢者を対象に、リハビリテーションや介護・看護を中心とした医療ケアと日常生活の支援を行う施設です。

#### 介護老人保健施設

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス供給量合計(人/月)		141	148	155
要介護1	供給量(人/月)	27	27	27
要介護2	供給量(人/月)	37	37	37
要介護3	供給量(人/月)	32	33	34
要介護4	供給量(人/月)	32	34	36
要介護5	供給量(人/月)	13	17	21

### 介護療養型医療施設

介護療養型医療施設は、療養型病床群や老人性認知症疾患療養病棟の長期にわたる療養に対応できる介護体制が整えられた医療施設です。

#### 介護療養型医療施設

		平成24年度 目標	平成25年度 目標	平成26年度 目標
サービス供給量合計(人/月)		31	24	17
要介護1	供給量(人/月)	0	0	0
要介護2	供給量(人/月)	0	0	0
要介護3	供給量(人/月)	2	1	0
要介護4	供給量(人/月)	13	11	9
要介護5	供給量(人/月)	16	12	8

#### (4) 第1号被保険者の保険料設定

前節で推計したそれぞれのサービスの必要量を基に、介護保険にかかる給付費等を算定し、第1号被保険者(65歳以上)が負担する保険料額を設定しました。

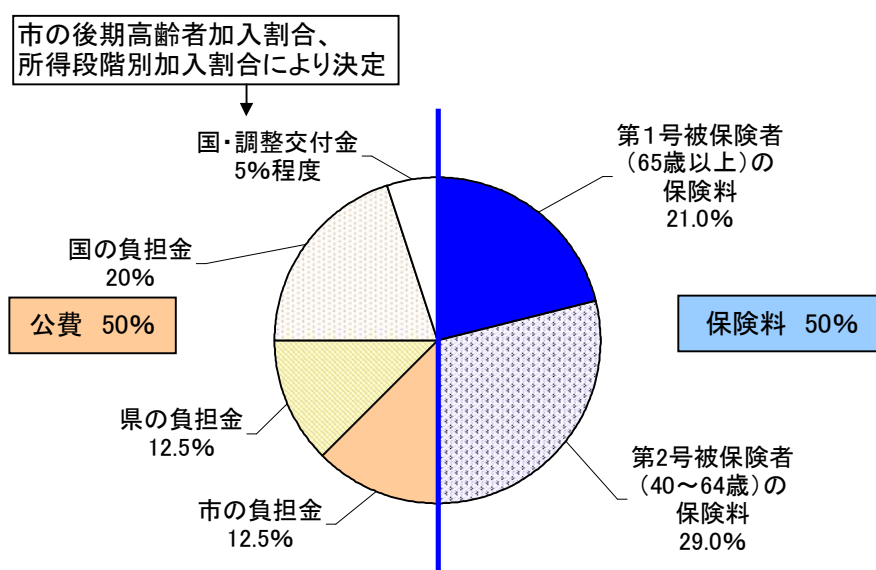
##### ①介護保険特別会計における給付費の財源

介護保険給付費は介護保険法に基づき、総費用から利用者負担(介護サービスを利用した時に支払う通常1割分の自己負担)を除いた額について、公費負担が50%、残りの50%を被保険者の保険料を財源として運営されています。

さらに詳細に分けると「公費負担」については国が25%(うち5%程度が調整交付金)、県と市がそれぞれ12.5%を負担します(ただし、施設、居住系サービス部分については国が15%、県が17.5%)。「保険料」については、65歳以上の第1号被保険者が21%、40~64歳の第2号被保険者が29%を負担します。

なお、第2号被保険者の保険料は「支払基金交付金」として、社会保険診療報酬支払基金から交付されます。

#### ■介護保険の給付費の財源構成(第5期計画期間)



※総費用から利用者の自己負担分(サービス利用料の1割)を除いた額の負担割合

## ②本市の保険料設定の考え方

本市では、上記の内容を踏まえて、低所得者の保険料軽減を図るため、所得段階の弾力化を行いました。

### 1) 第3段階と第4段階での低所得者の保険料軽減

以下の保険料の軽減措置を講じます。

- ・第3段階（世帯全体が市民税非課税）において、公的年金等収入と合計所得金額の合計額が80万円を超え120万円以下の人について、基準額の乗率を0.65に引き下げる。
- ・第4段階（市民税世帯課税かつ市民税本人非課税）において、公的年金等収入と合計所得金額の合計額80万円以下の人について、基準額の乗率を1.0から0.85に引き下げる。

### ■第5期計画期間における保険料の段階別対象者と保険料率

所得段階	対象者	保険料率
第1段階	生活保護を受給している人。老齢福祉年金受給者で、世帯全員が市民税非課税の人	0.50
第2段階	世帯全員が市民税非課税で、公的年金収入額と合計所得金額の合計が年80万円以下の人	0.50
第3段階	世帯全員が市民税非課税で、公的年金収入額と合計所得金額の合計が年80万円を超え120万円以下の人	0.65
	世帯全員が市民税非課税で、上記以外の人	0.75
第4段階（特例）	世帯に課税者がいるが、本人が市民税非課税のうち、本人の公的年金収入と合計所得金額の合計が80万円以下の人	0.85
第4段階（基準）	世帯に課税者がいるが、本人が市民税非課税のうち、上記以外の人	1.00
第5段階	本人が市民税課税で、合計所得金額が年額190万円未満の人	1.25
第6段階	本人が市民税課税で、合計所得金額が年額190万円以上の人	1.50

## 第1号被保険者の保険料の設定

第1号被保険者の第5期保険料は、平成24～26年度の3年間の介護給付等対象サービスにかかる標準給付費見込額と地域支援事業の事業費見込額から算出します。大枠では、標準給付費見込額に本市の状況（後期高齢者数と住民の所得水準）を加味した第1号被保険者の負担率を乗じた額と、地域支援事業の事業費見込額に第1号被保険者の負担率を乗じた額を合計し、65歳以上の高齢者の人数（3年間の補正後被保険者数の合計）で割ると第1号被保険者の保険料基準額の年額となります。さらに12で割ると基準額の月額となります。

### ■ 第1号被保険者の保険料でまかなう費用総額の算定方法

本市の第1号被保険者の財源負担率

$$\begin{array}{|c|} \hline 24\sim 26\text{年度の} \\ \text{標準給付費見込額} \\ \hline \end{array} \times \left( \begin{array}{|c|} \hline \text{第1号被保険者} \\ \text{の負担率} \\ \text{(21\%)} \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|} \hline \text{調整交付金} \\ \text{交付率} \\ \text{(5\%)} \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|} \hline \text{市の} \\ \text{調整交付金} \\ \text{交付見込率} \\ \hline \end{array} \right) = \begin{array}{|c|} \hline \text{標準給付費見込額に} \\ \text{おける第1号被保険者の} \\ \text{負担総額} \\ \text{(A)} \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{|c|} \hline 24\sim 26\text{年度の} \\ \text{地域支援事業費} \\ \text{見込額} \\ \hline \end{array} \times \begin{array}{|c|} \hline \text{第1号被保険者} \\ \text{の負担率} \\ \text{(21\%)} \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \text{地域支援事業費見込額に} \\ \text{おける第1号被保険者の} \\ \text{負担総額} \\ \text{(B)} \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{標準給付費見込額に} \\ \text{おける第1号被保険者の} \\ \text{負担総額} \\ \text{(A)} \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|} \hline \text{地域支援事業費見込額に} \\ \text{おける第1号被保険者の} \\ \text{負担総額} \\ \text{(B)} \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|} \hline \text{財政安定化} \\ \text{基金拠出金} \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \text{第1号被保険者の保険料で} \\ \text{まかなう費用負担総額} \\ \text{(保険料収納必要額、C)} \\ \hline \end{array}$$

### ■ 介護保険料の基準額(月額)の算定方法

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{保険料収納必要額} \\ \text{(C)} \\ \hline \end{array} \div \begin{array}{|c|} \hline \text{予定保険料収納率} \\ \hline \end{array} \div \begin{array}{|c|} \hline \text{補正後} \\ \text{被保険者数} \\ \hline \end{array} \div \begin{array}{|c|} \hline \text{12か月} \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \text{介護保険料の基準額} \\ \text{(月額)} \\ \hline \end{array}$$

#### 1) 標準給付費見込額の算定

標準給付費見込額は、(介護給付等対象サービスの)総給付費、特定入所者介護サービス費等給付額、高額介護サービス費等給付額、算定対象審査支払手数料で構成されています。平成23年度から26年度にかけての3年間の総額は、79億6,081万1,683円となります。

#### ■ 標準給付費見込額

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	合計
総給付費	2,328,247,950円	2,478,291,255円	2,628,341,961円	7,434,881,167円
特定入所者介護サービス費等給付額	95,856,980円	103,794,190円	111,731,400円	311,382,570円
高額介護サービス費等給付額	54,769,752円	60,359,234円	65,948,716円	181,077,702円
高額医療合算介護サービス費等給付額	7,389,141円	8,054,163円	8,719,185円	24,162,489円
算定対象審査支払手数料	3,004,920円	3,102,585円	3,200,250円	9,307,755円
審査支払手数料支払件数	35,352件	36,501件	37,650件	109,503件
<b>標準給付費見込額 (A)</b>	<b>2,489,268,743円</b>	<b>2,653,601,427円</b>	<b>2,817,941,512円</b>	<b>7,960,811,683円</b>

■介護給付対象サービスの給付費見込額

		平成24年度	平成25年度	平成26年度
(1) 居宅サービス				
訪問介護	給付費	79,265千円	83,401千円	87,537千円
	回数	28,504回	29,888回	31,272回
	人数	1,581人	1,650人	1,718人
訪問入浴介護	給付費	10,361千円	12,163千円	13,965千円
	回数	930回	1,091回	1,253回
	人数	196人	249人	301人
訪問看護	給付費	14,380千円	16,699千円	19,018千円
	回数	2,101回	2,413回	2,726回
	人数	456人	527人	599人
訪問リハビリテーション	給付費	23,714千円	24,939千円	26,164千円
	回数	8,416日	8,839日	9,263日
	人数	679人	709人	740人
居宅療養管理指導	給付費	4,735千円	6,176千円	7,617千円
	回数	568回	741回	913回
	人数	568人	741人	913人
通所介護	給付費	220,735千円	265,394千円	310,053千円
	回数	32,089回	38,329回	44,570回
	人数	2,958人	3,540人	4,122人
通所リハビリテーション	給付費	266,641千円	297,679千円	328,716千円
	回数	34,112回	37,576回	41,040回
	人数	3,289人	3,601人	3,914人
短期入所生活介護	給付費	14,292千円	20,911千円	27,530千円
	日数	1,744日	2,563日	3,383日
	人数	322人	475人	629人
短期入所療養介護	給付費	2,187千円	2,123千円	2,059千円
	日数	243日	235日	226日
	人数	48人	48人	48人
特定施設入居者生活介護	給付費	414千円	435千円	463千円
	回数	13回	13回	14回
	人数	13人	13人	14人
福祉用具貸与	給付費	37,779千円	43,152千円	48,525千円
	回数	3,546回	3,864回	4,182回
	人数	2,593人	3,671人	4,748人
特定福祉用具販売	給付費	2,593千円	3,671千円	4,748千円
	回数	80回	112回	144回
	人数	80人	112人	144人
(2) 地域密着型サービス				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	給付費	0千円	0千円	0千円
	回数	0回	0回	0回
	人数	0人	0人	0人
夜間対応型訪問介護	給付費	0千円	0千円	0千円
	回数	0回	0回	0回
	人数	0人	0人	0人
認知症対応型通所介護	給付費	29,775千円	30,059千円	30,344千円
	回数	3,919回	3,926回	3,933回
	人数	324人	324人	324人
小規模多機能型居宅介護	給付費	49,666千円	50,180千円	50,695千円
	回数	279回	281回	284回
	人数	279人	281人	284人
認知症対応型共同生活介護	給付費	178,729千円	178,729千円	178,729千円
	回数	756回	756回	756回
	人数	756人	756人	756人
地域密着型特定施設入居者生活介護	給付費	0千円	0千円	0千円
	回数	0回	0回	0回
	人数	0人	0人	0人
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	給付費	157,938千円	157,938千円	157,938千円
	回数	696回	696回	696回
	人数	696人	696人	696人
複合型サービス	給付費	0千円	0千円	0千円
	回数	0回	0回	0回
	人数	0人	0人	0人
(3) 住宅改修				
	給付費	7,645千円	11,073千円	14,500千円
	人数	104人	160人	216人
(4) 居宅介護支援				
	給付費	86,740千円	91,446千円	96,153千円
	人数	7,076人	7,456人	7,836人
(5) 介護保険施設サービス				
介護老人福祉施設	給付費	391,209千円	416,769千円	442,328千円
	人数	1,692人	1,812人	1,932人
介護老人保健施設	給付費	416,838千円	438,947千円	461,055千円
	人数	1,692人	1,776人	1,860人
介護療養型医療施設	給付費	126,495千円	98,051千円	69,607千円
	人数	372人	288人	204人
療養病床からの転換分	給付費	22,109千円	22,109千円	22,109千円
	人数	84人	84人	84人
介護サービスの総給付費(小計)→(I)		2,144,239千円	2,272,042千円	2,399,853千円

■ 予防給付対象サービスの給付費見込額

		平成24年度	平成25年度	平成26年度
(1) 介護予防サービス				
介護予防訪問介護	給付費	19,640千円	22,476千円	25,313千円
	人数	1,100人	1,264人	1,428人
介護予防訪問入浴介護	給付費	92千円	183千円	275千円
	回数	12回	25回	37回
	人数	4人	8人	12人
介護予防訪問看護	給付費	2,819千円	3,026千円	3,233千円
	回数	552回	611回	671回
	人数	108人	120人	132人
介護予防訪問リハビリテーション	給付費	6,337千円	6,486千円	6,636千円
	回数	2,286回	2,340回	2,394回
	人数	272人	280人	288人
介護予防居宅療養管理指導	給付費	863千円	1,403千円	1,943千円
	人数	96人	156人	216人
介護予防通所介護	給付費	39,144千円	46,165千円	53,186千円
	人数	1,273人	1,562人	1,850人
介護予防通所リハビリテーション	給付費	81,035千円	87,678千円	94,321千円
	人数	2,164人	2,360人	2,556人
介護予防短期入所生活介護	給付費	361千円	721千円	1,082千円
	日数	54日	108日	162日
	人数	32人	65人	97人
介護予防短期入所療養介護	給付費	68千円	135千円	203千円
	日数	10日	19日	29日
	人数	13人	25人	38人
介護予防特定施設入居者生活介護	給付費	591千円	591千円	591千円
	人数	12人	12人	12人
介護予防福祉用具貸与	給付費	6,258千円	6,632千円	7,006千円
	人数	1,560人	1,656人	1,752人
特定介護予防福祉用具販売	給付費	997千円	1,353千円	1,709千円
	人数	52人	68人	84人
(2) 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	給付費	605千円	608千円	610千円
	回数	96回	97回	97回
	人数	13人	15人	16人
介護予防小規模多機能型居宅介護	給付費	612千円	1,224千円	1,836千円
	人数	11人	22人	33人
介護予防認知症対応型共同生活介護	給付費	0千円	0千円	0千円
	人数	0人	0人	0人
(3) 住宅改修				
	給付費	7,267千円	10,163千円	13,058千円
	人数	64人	92人	120人
(4) 介護予防支援				
	給付費	17,321千円	17,404千円	17,488千円
	人数	4,064人	4,084人	4,104人
介護予防サービスの総給付費(小計)→(Ⅱ)		184,009千円	206,249千円	228,489千円
<b>総給付費</b>		<b>2,328,248千円</b>	<b>2,478,291千円</b>	<b>2,628,342千円</b>

## 2) 地域支援事業の事業費見込額

地域支援事業の事業費は、市が介護保険事業計画において定める各年度の保険給付費見込額（介護給付等対象サービスの総給付費見込額、特定入所者介護サービス費等給付額見込額、高額介護サービス費等給付額見込額）に、一定の割合を乗じて得られた額の範囲内となります。各年度3%以内（介護予防事業2%以内、包括的支援事業・任意事業2%以内）となっています。この内容を踏まえると、本市における地域支援事業の事業費見込額は下表のようになります。

### ■地域支援事業費

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	合計
地域支援事業費（B）	74,573,267円	79,487,713円	84,406,033円	238,467,013円
（参考）保険給付費見込額に対する割合	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%

### 3) 第1号被保険者の保険料算定

標準給付費見込額と地域支援事業の事業費見込額のそれぞれ21%となる額を合計し、65歳以上の高齢者の人数（3年間合計）で割ると、第1号被保険者の保険料基準額（年額）となりますが、要介護（要支援）状態となる確率が高い後期高齢者が多い市町村や、住民の所得水準が低い市町村もあるため、その負担能力に応じてさまざまな調整を図ることになります。

本市においても、後期高齢者加入割合や所得段階別加入割合を全国平均（係数）と比較して調整交付金見込交付割合を算出しました。本市の調整交付金見込交付割合は各年度とも8.7%を見込んでいます。

このような調整を行ったうえで、本市の第1号被保険者から徴収する必要がある3年間の総額（保険料収納必要額）13億9,857万2,980円を求めました。

この保険料収納必要額を、あらかじめ徴収不可能な場合を見込んだ額（予定保険料収納率98.00%）に修正し、所得段階別加入割合で補正した第1号被保険者数で割り、保険料基準額の年額と月額を求めます。