阿蘇市高齢者いきいきプラン

令和３年度～令和５年度（第８期）

令和３年３月
阿蘇市

はじめに

介護保険制度は、平成 12 年（2000 年）に創設され、以来、徐々にサービスの充実が図られ、現在では支援を必要とする高齢者等の日常生活になくてはならないものとして定着しています。

本市では、65 歳以上の高齢者人口は増加傾向にありましたが、令和元年（2019 年）を境に緩やかな減少傾向になることが見込まれ、介護サービス等の需要も同様に、緩やかな減少傾向になると考えられます。一方で、現役世代の人口も減少傾向にあり、今後、地域の中で高齢者や要介護認定者、認知症の方等の暮らしをどう支えていくかが重要な課題になってきます。

このような中、本市では、団塊の世代が 75 歳以上となる令和 7 年（2025 年）を見据え、第６期計画（平成 27 年度～平成 29 年度）から、医療・介護・予防等の支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を進め、第７期（平成 30 年度～令和 2 年度）では、介護予防・日常生活支援総合事業や認知症施策、多様な生活支援サービスの充実を図ってきました。

今回、これまでの施策や取り組みの成果と課題、高齢者等を取り巻く地域の現状等を踏まえ、「第８期高齢者いきいきプラン（令和 3 年度～令和 5 年度)」を策定しました。

本計画では、従来の取り組みに加え、「介護予防、生活支援サービスの担い手づくり」等に取り組むとともに、特定健康診査の結果等から地域の健康課題の分析と明確化を行い、保健指導、健康教育のほか、フレイル高齢者を早期に把握し、通所型サービスや通いの場の介護予防サービスへの接続等を一体的に行う「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」に新たに取り組む等、一人ひとりの状況に応じたきめ細やかな支援を進めてまいります。

また、本市の実情に応じた「地域包括ケアシステム」の更なる深化に向けた取り組みを一層進め、市民の皆様一人ひとりが役割を担い、地域全体で支えあいながら、末永く健康で安心して暮らすことのできるまちづくりを進めてまいります。

このような取り組みを進めるにあたっては、行政と市民の皆様や関係機関・団体との連携が不可欠であります。皆様方のより一層のご理解とご協力をお願いいたします。

結びに、本計画の策定にあたり、日常生活圏域ニーズ調査、介護人材実態調査にご協力いただきました市民の皆様並びに関係者の皆様、長期間にわたり貴重なご提言、ご審議をいただきました介護保険事業計画等推進委員会の委員の皆様に対し、心からお礼申し上げます。

令和３年３月

阿蘇市長　佐藤義興

目　次

総　論 1
第１章　計画策定にあたって 3
　第１節　計画の背景・趣旨 3
　第２節　計画策定に向けた主な取り組み 4
　第３節　国の動向や介護保険制度改正を踏まえた計画策定 5
　１．高齢者支援に関する国の主な動向 5
　２．地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部改正の概要 6
　第４節　計画の位置づけ 7
　１．計画の性格・法的根拠 7
　２．計画の位置づけ 7
　３．計画期間 8
　４．日常生活圏域の設定 9
第２章　高齢者を取り巻く現状と課題 10
　第１節　人口と高齢者の現状 10
　１．総人口の推移 10
　２．高齢者人口の推移 11
　３．要支援・要介護認定者数の推移 12
　第２節　介護給付の状況 13
　１．介護給付費の推移 13
　２．計画の達成状況と評価 14
　第３節　各種調査結果 18
　１．介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の概要 18
　２．介護人材実態調査結果 22
第３章　基本理念と計画策定の考え方 26
　第１節．計画の目指す姿 26
　１．基本理念 26
　２．基本目標 28
　第２節．施策の推進体制 34
　１．重点施策 34
　２．数値目標設定 35
　３．施策体系 36
各論 39
第１章　生涯現役社会の実現と自立支援、健康づくりの推進 41
　第１節　高齢者の生きがいづくりと社会参加の促進 41
　第２節　健康づくりの推進 43
　第３節　住民主体の通いの場の充実 44
　第４節　自立支援に向けた介護予防・日常生活支援総合事業の充実 45
　第５節　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の推進 57
第２章　認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって暮らせる体制の整備 60
　第１節　認知症への正しい理解と相談窓口の周知、本人発信支援の推進 60
　第２節　認知症の予防の推進 62
　第３節　認知症医療・ケア・介護サービス・介護者への支援の推進 63
　第４節　高齢者の虐待防止・権利擁護の推進 67
第３章　在宅でも安心して暮らせるための医療と介護の連携・在宅医療基盤の充実 70
　第１節　在宅医療・介護の連携の推進 70
　第２節　地域包括支援センターの機能強化と地域マネジメントの推進 73
第４章　住み慣れた地域で生活するための環境づくりの充実 76
　第１節　地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進 76

第２節　高齢者福祉事業の提供 77
第３節　高齢者の見守りネットワークの充実と生活支援サービスの提供 80
第４節　高齢者向け住まいの確保の推進 82
第５節　防災対策・感染症対策の推進 83
第５章　多様な介護人材の確保・定着や介護サービスの質の確保・向上 85
第１節　介護給付の適正化に向けた取り組みの推進 85
第２節　多様な介護人材の確保・定着、介護サービスの質の確保・向上に向けた取り組みの推進 88
第６章　介護保険事業量の見込み及び保険料の設定 89
第１節　介護保険サービスの基盤整備 89
第２節　認定者等の推移と予測 92
第３節　介護保険サービスの見込み量と確保策 94
第７章　介護保健事業に係る費用と保険料の算出 110
第１節　介護保険事業費の算出 110
第２節　介護保険料の算出 114
第３節　2025 年（令和７年）のサービス水準等の推計 116
資料編 117
１　本市における介護保険事業の特徴 119
２　阿蘇市介護保険事業計画等推進委員会設置条例 123
３　阿蘇市介護保険事業計画等推進委員会名簿 124
４　阿蘇市介護保険事業計画等推進委員会の経過 125
５　用語集 126

総　論

第１章　計画策定にあたって

第１節　計画の背景・趣旨

2000 年（平成 12 年）にスタートした介護保険制度は、３年を１期とした第７期 21 年が経過しました。その間、年金や医療、介護・障がい福祉といった社会保障給付費は上昇し続けてきましたが、2025 年（令和７年）には団塊の世代が 75 歳以上となり、介護や医療のニーズがより高まることが予想されています。

さらに人口推移をみると、すでに生産年齢人口の減少が始まっていますが、2040 年（令和 22 年）には、団塊の世代ジュニアと呼ばれる現在 40 代後半の方が一斉に 65 歳になり、高齢者人口がピークを迎えることとなります。

そのため国は、第８期計画策定に向けた基本方針として、「介護予防・地域づくりの推進、認知症施策の総合的推進」、「地域包括ケアシステム※1 の推進」、「介護現場の革新」の３つを目標に掲げています。※1 地域包括ケアシステム…P128 NO.18

また、その達成の評価とマネジメント責任として保険者機能強化推進交付金制度に基づき、市町村に自己評価を求めるなど、保険者としての地域マネジメント※2 のための具体的なツールを導入しています。※2 地域マネジメント…P128 NO.17

本市においては、国が危惧する 2025 年（令和７年）に団塊の世代が後期高齢者になることで、介護サービス等の需要が大幅に拡大するイメージではなく、高齢者人口の増加傾向が収まり、減少局面に入り始めると考えられます。

そのため、本市では、第７期計画時に団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年（令和７年）を見据え、本市独自の地域包括ケアシステムの早期実現に向け「在宅医療・介護連携の推進」「介護予防・日常生活支援総合事業※3」に取り組み、地域包括ケアシステムのさらなる深化と推進を行ってきました。※3 介護予防･日常生活支援総合事業…P126 No.5

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

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

このようなことから、本市では、「在宅医療・介護連携の推進」「介護予防・日常生活支援総合事業」の取り組みに加え、「認知症施策の推進」「介護予防、生活支援サービスの担い手づくり」「介護人材の確保」を目指し、総合的・体系的に実施していくため、『阿蘇市高齢者いきいきプラン』を策定します。

第２節　計画策定に向けた主な取り組み

（１）計画策定に関する審議

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

（２）庁内関係部署へのヒアリング

計画策定にあたり、高齢者に関連のある部署に事業ヒアリングを実施し、本市の現状・課題や今後の方向性などを把握・共有しました。

（３）日常生活圏域ニーズ調査

介護認定を受けていない一般高齢者と要支援１・２までの認定者を対象として、生活実態や意向等を踏まえた計画としていくために、アンケート調査を実施しました。

（４）介護人材実態調査

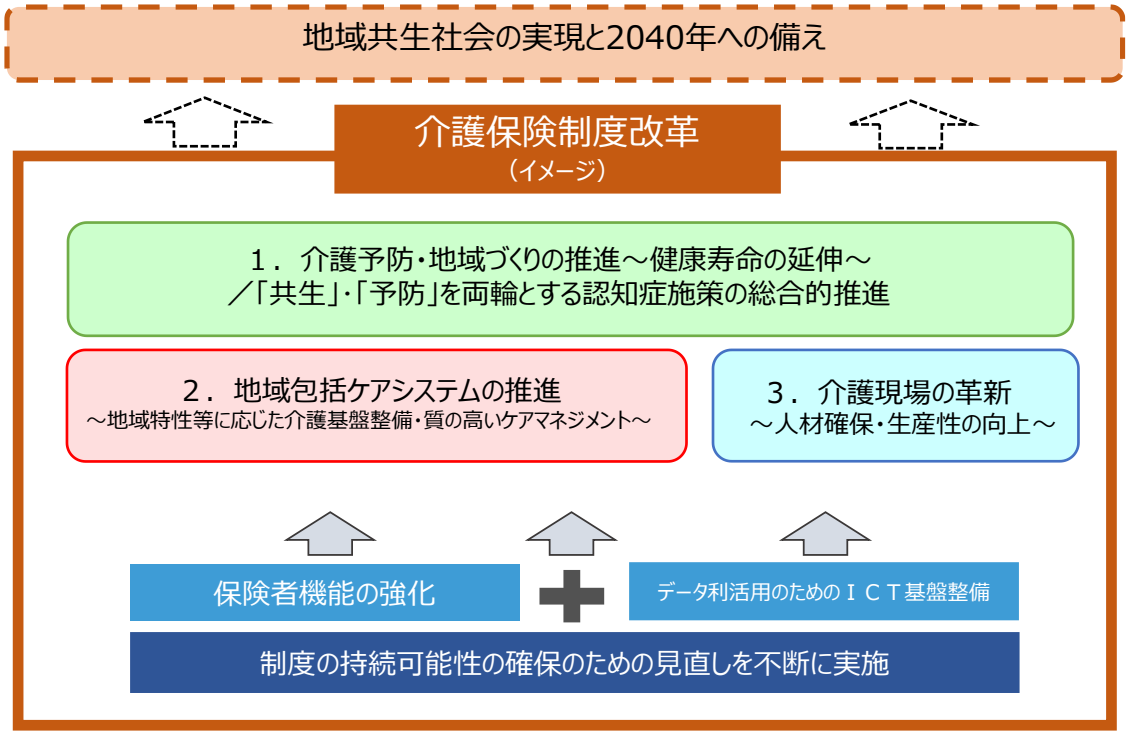
阿蘇市介護人材確保対策の基礎資料とするため、市内介護サービス事業所の介護人材の実態についてアンケート調査を実施しました。

第３節　国の動向や介護保険制度改正を踏まえた計画策定

１．高齢者支援に関する国の主な動向

国は、第８期計画策定に向けた基本方針として、以下３つの目標を揚げています。

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



保険者機能強化推進交付金（令和元年度）

Ⅰ．ＰＤＣＡサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築

■見える化活用による実態把握　■日常生活圏域別高齢者人口　■2025年将来推計
■給付実績モニタリング　■要介護者数実績モニタリング■医療計画を踏まえた追加需要の進捗管理
■自立支援・重度化予防進捗管理　■自立支援・重度化予防目標未達時の改善案検討
■地域差分析と適正化

Ⅱ．自立支援、重度化防止等に資する施策の推進

地域密着型ｻｰﾋﾞｽ	ｹｱﾏﾈ・介護ｻｰﾋﾞｽ事業所	地域包括支援ｾﾝﾀｰ	在宅医療・介護連携
認知症総合支援	介護予防・日常生活支援	生活支援体制の整備	要介護状態の維持改善

Ⅲ．介護保険運営の安定化に資する施策の推進

介護給付の適正化	介護人材の確保

２．地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部改正の概要

国は、地域共生社会の実現を目指し、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な福祉サービス提供体制を整備する観点から、以下５点の実現を確保するため、社会福祉法の一部を改正することとしており、本計画はその実施計画の位置付けを持つものとします。

改正の概要

１．地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援

①市町村において、既存の相談支援等の取り組みを活かしつつ、地域住民の抱える課題の解決のための包括的な支援体制の整備を行う、新たな事業及びその財政支援等の規定を創設するとともに、関係法律の規定の整備を行う。

２．地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進

①認知症施策の地域社会における総合的な推進に向けた国及び地方公共団体の努力義務を規定する。
②市町村の地域支援事業における関連データの活用の努力義務を規定する。
③介護保険事業（支援）計画の作成にあたり、当該市町村の人口構造の変化の見通しの勘案、高齢者向け住まい（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅）の設置状況の記載事項への追加、有料老人ホームの設置状況に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化を行う。

３．医療・介護のデータ基盤の整備の推進

①介護保険レセプト等情報・要介護認定情報に加え、厚生労働大臣は、高齢者の状態や提供される介護サービスの内容の情報、地域支援事業の情報の提供を求めることができると規定する。
②医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）や介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）等の医療・介護情報の連結精度向上のため、社会保険診療報酬支払基金等が被保険者番号の履歴を活用し、正確な連結に必要な情報の安全性を担保しつつ提供することができることとする。
③社会保険診療報酬支払基金の医療機関等情報化補助業務に、当分の間、医療機関等が行うオンライン資格確認の実施に必要な物品の調達・提供の業務を追加する。

４．介護人材確保及び業務効率化の取り組みの強化

①介護保険事業（支援）計画の記載事項として、介護人材確保及び業務効率化の取り組みを追加する。
②有料老人ホームの設置等に係る届出事項の簡素化を図るための見直しを行う。
③介護福祉士養成施設卒業者への国家試験義務付けに係る現行５年間の経過措置を、さらに５年間延長する。

５．社会福祉連携推進法人制度の創設

①社会福祉事業に取り組む社会福祉法人やNPO法人等を社員として、相互の業務連携を推進する社会福祉連携推進法人制度を創設する。

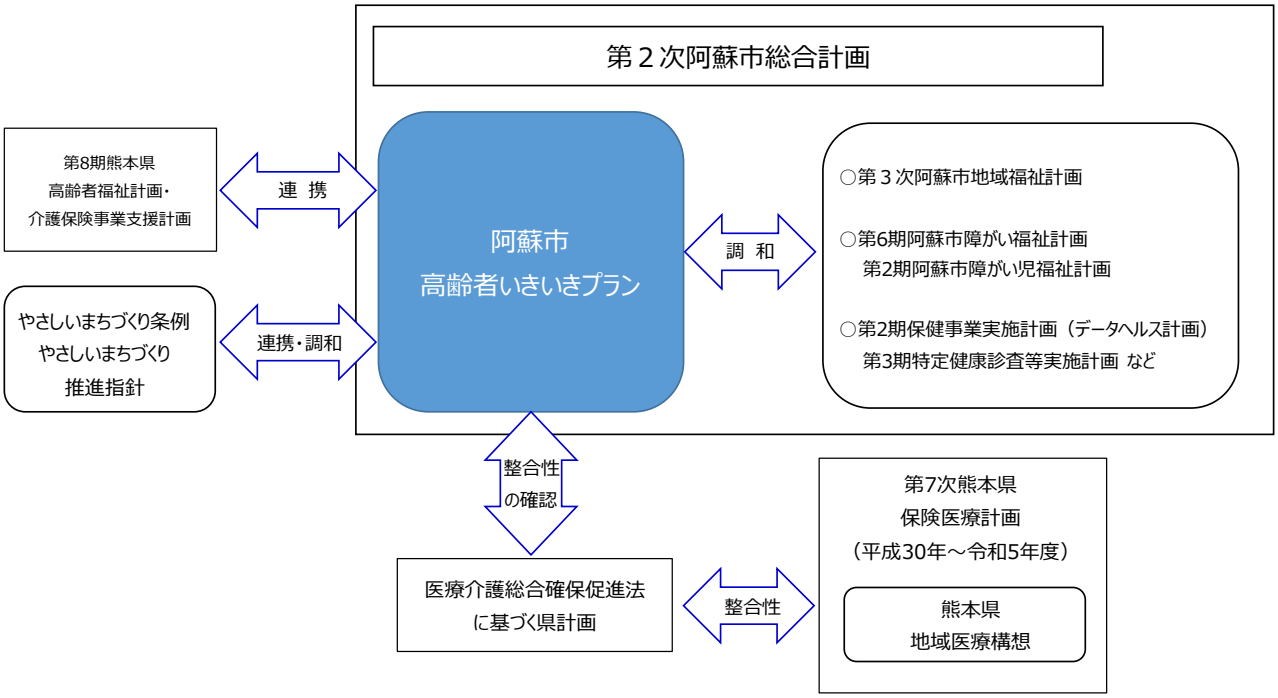
第４節　計画の位置づけ

１．計画の性格・法的根拠

本計画は、老人福祉法第 20 条の８第 1 項に定める市町村老人福祉計画及び介護保険法第 117 条第 1 項に定める市町村介護保険事業計画として策定するものであり、2018 年（平成 30 年）3 月に策定した阿蘇市高齢者いきいきプラン（高齢者福祉計画・介護保険事業計画）の見直しを行ったものとなります。

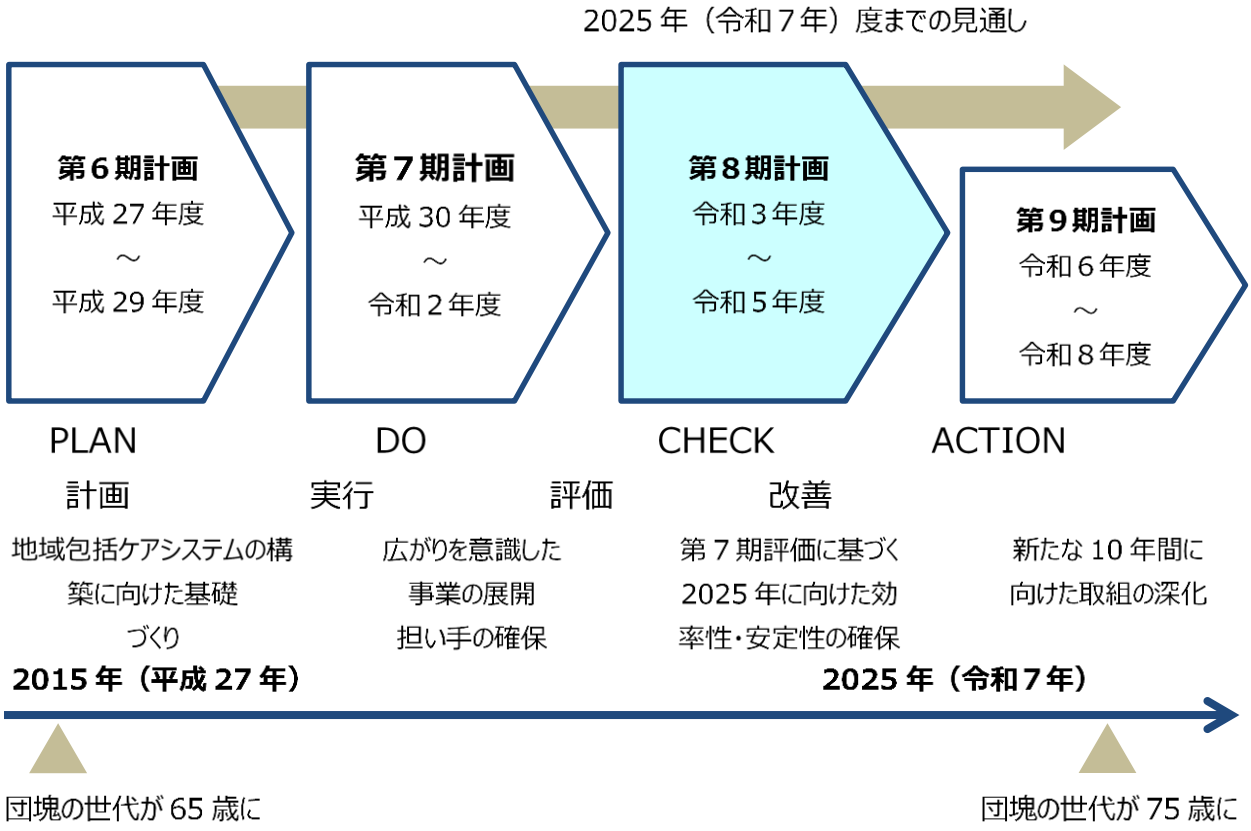
２．計画の位置づけ

本計画は、第２次阿蘇市総合計画をはじめ、本市の各種個別事業計画と調和のとれた計画としていきます。また、県が策定する高齢者福祉計画や保健医療計画、地域医療構想との整合性を図りながら策定しています。



３．計画期間

団塊の世代が 75 歳に到達する 2025 年（令和７年）度を見据え、地域包括ケアを構築していくための 10 年間の計画という位置づけを持ちつつ、介護保険法第 117 条第１項の規定に基づく、2021 年（令和３年）度から 2023 年（令和５年）度までの３年間を計画期間とします。



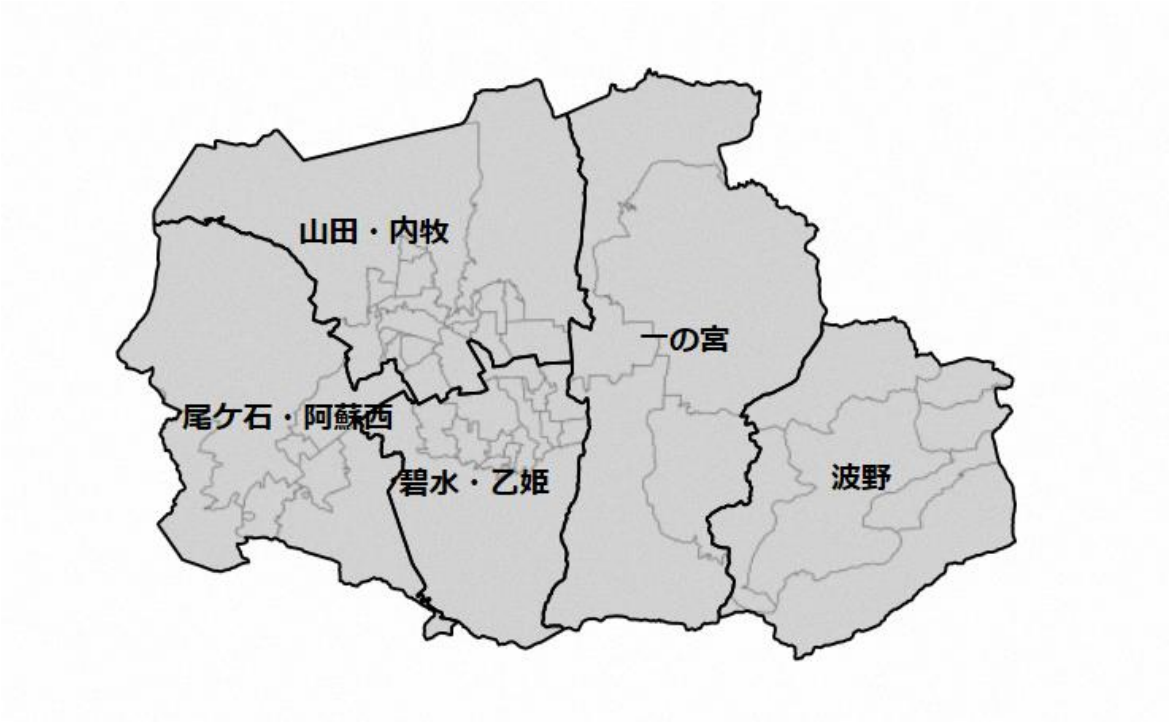
４．日常生活圏域の設定

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

日常生活圏域とは、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、公的介護施設等の整備状況、その他の条件を総合的に勘案して定める必要があります。本市においては、これまで市内を５つに分けて日常生活圏域として設定し、地域密着型サービスを中心とした介護基盤の整備に取り組んできました。

本計画期間における日常生活圏域についても、これまでと同様に市内を５つの圏域に設定し、地域包括ケアシステムの構築を図っていきます。

日常生活圏域の設定



	人口	面積	人口密度	0~64歳	65歳以上			高齢化率	2025年 高齢者人口
						65~74歳	75歳以上		
一の宮圏域	9,042人	106.100㎢	85人/㎢	5,765人	3,277人	1,520人	1,757人	36.2%	3,352人
山田・内牧圏域	6,666人	81.825㎢	81人/㎢	4,082人	2,584人	1,180人	1,404人	38.8%	2,469人
碧水・乙姫圏域	5,488人	45.249㎢	121人/㎢	3,276人	2,212人	1,010人	1,202人	40.3%	2,034人
尾ヶ石・阿蘇西圏域	3,064人	71.381㎢	43人/㎢	1,850人	1,214人	514人	700人	39.6%	1,134人
波野圏域	1,323人	71.244㎢	19人/㎢	718人	605人	265人	340人	45.7%	490人
阿蘇市（合計）	25,583人	376.300㎢	68人/㎢	15,691人	9,892人	4,489人	5,403人	38.7%	9,479人

※2025 年（令和 7 年）の圏域ごとの推計については、阿蘇市の高齢者人口を算出したうえで 2020 年（令和 2 年）10 月時点の圏域ごとの構成比で按分

第２章　高齢者を取り巻く現状と課題

第１節　人口と高齢者の現状

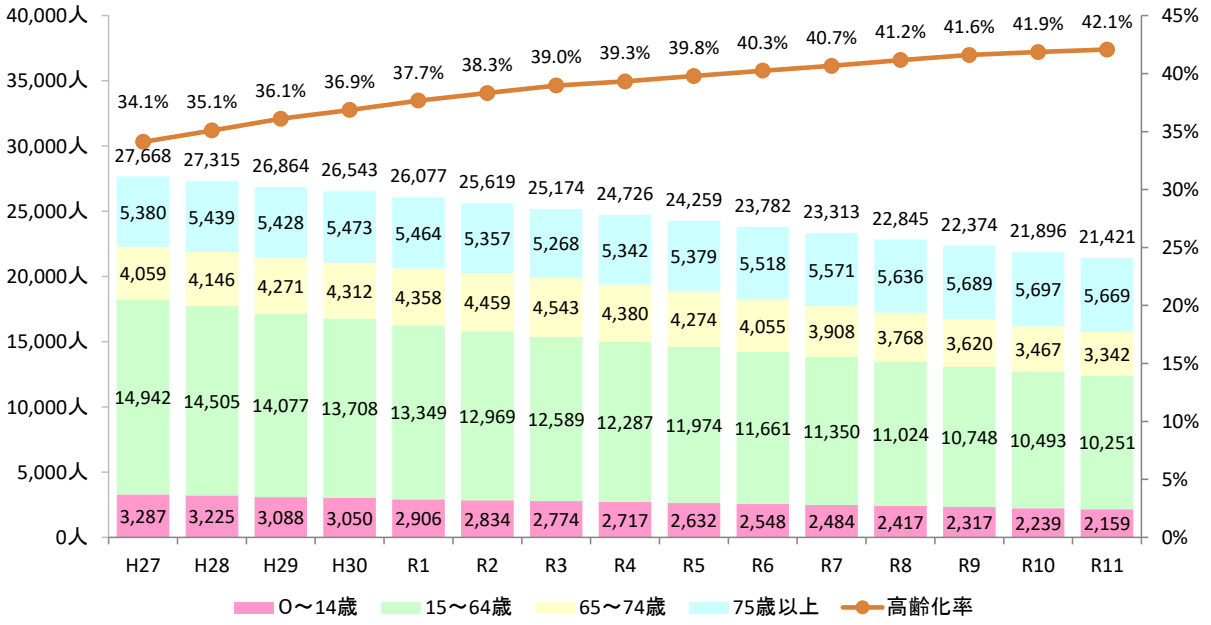
１．総人口の推移

本市の総人口は、2015 年（平成 27 年）の 27,668 人から 2020 年（令和２年）には 25,619 人となり 2,049 人減少しています。さらに、第８期計画期間（2021 年（令和３年）～2023 年（令和５年））には 915 人減少し、2024 年（令和６年）以降も緩やかに減少していくことが予測されます。一方、高齢化率は 2015 年（平成 27 年）の 34.1%から 2020 年（令和２年）には 4.2%上昇し 38.3%となり、年間約１%ずつ上昇しています。

今後は総人口だけでなく、2019 年（令和元年）をピークに高齢者人口も減少に転じるため、高齢化率は３年間で約１%の上昇が予測されます。

本計画では、３年間の介護保険料の試算を行う必要があり、その試算精度を最大限まで高めるためには、阿蘇市人口ビジョンによる国勢調査を基にした推計人口ではなく、住民基本台帳人口を基に、コーホート変化率を用いた推計人口が重要です。そのため、本計画策定において独自に推計人口の算出を実施しています。

（１）総人口と高齢者人口の推移



※2015 年（平成 27 年）～2019 年（令和元年）　各年 10 月住民基本台帳、2020 年（令和２年）～コーホート変化率による推計

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

2．高齢者人口の推移

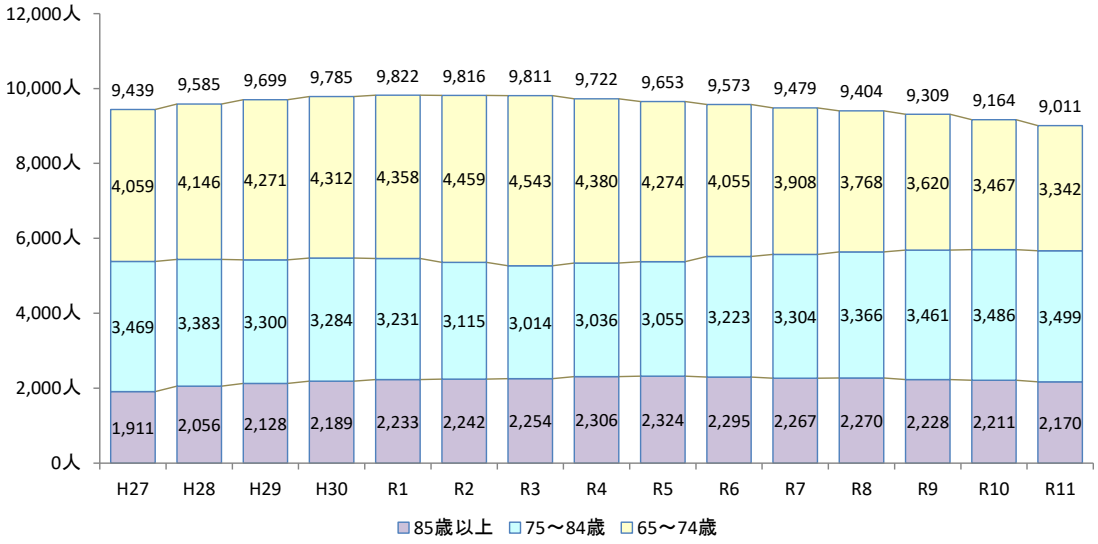
本市の高齢者人口は 2015 年（平成 27 年）の 9,439 人から 2020 年（令和 2 年）に 9,816 人となっており、377 人の増加となっています。

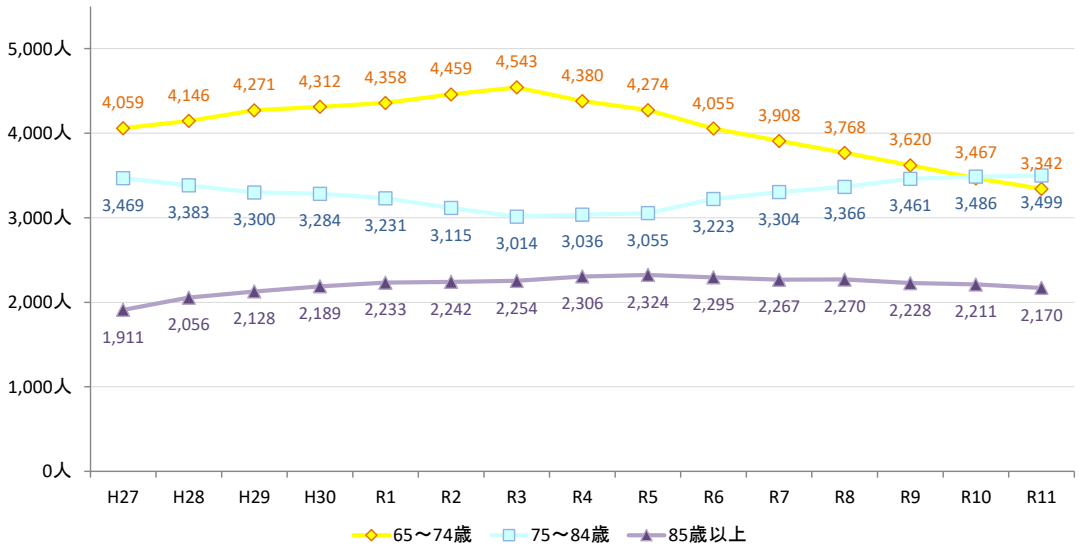
今後は、これまでほどの高齢者人口の増加はおさまり、2019 年（令和元年）の 9,822 人をピークに減少に転じるものと推計されています。

また、年齢区分ごとでみると、要介護のリスクが高まる 75 歳以上の人口のうち、85 歳以上の人口は、2015 年（平成 27 年）の 1,911 人から計画最終年となる 2023 年（令和 5 年）には 2,324 人まで増加する見込みです。

第 1 号被保険者が減少に転じ、要介護リスクの高い 75 歳以上の人口が横ばいを続けることから、介護予防、自立支援・重度化防止の取り組みの推進による健康寿命延伸および介護給付費適正化の必要性が、今後ますます高まります。

（1）高齢者人口の推計





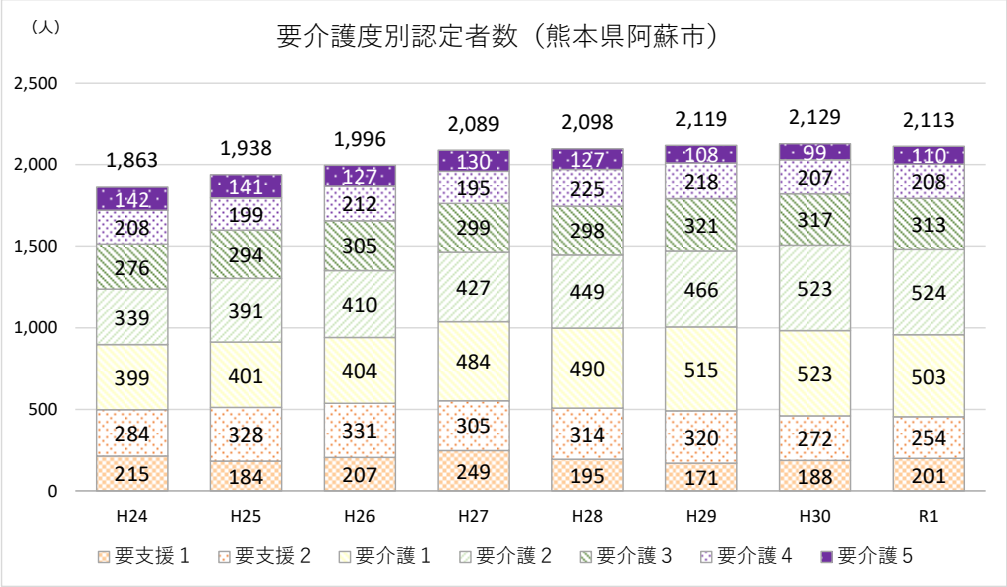
※2015 年（平成 27 年）～2019 年（令和元年）　各年 10 月住民基本台帳、2020 年（令和 2 年）～コーホート変化率による推計

3．要支援・要介護認定者数の推移

要支援・要介護認定者数は、2012 年（平成 24 年）に 1,863 人から 2018 年（平成 30 年）には 2,129 人まで増加しましたが、2019 年（令和元年）には 2,113 人に減少しています。介護度別にみると、要支援者が減少傾向にあり、その理由は、総合事業の開始に伴い、認定を受けずとも利用できるサービスの開始によるものと考えられます。

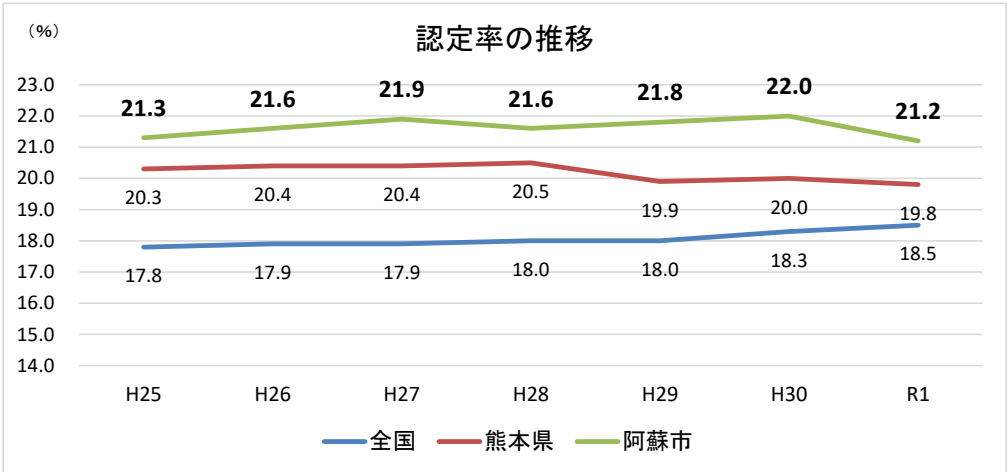
本市の認定率は 2019 年（令和元年）度が 21.2%で、国 18.5%、県 19.8%と比較すると高くなっています。介護予防の推進により新規認定者の発生数を抑え、要支援高齢者等の軽度認定者の自立支援・重度化防止を推進することで、要支援・要介護認定率を県の認定率までに引き下げることが必要です。

（1）要介護度別認定者数の推移



※地域包括ケア見える化システム　厚生労働省「介護保険事業状況報告」9 月月報

（2）要介護認定率の推移と国・県比較



※　2013 年（平成 25 年）度から 2018 年（平成 30 年）度：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」、2019 年（令和元年）度：「介護保険事業状況報告（3 月月報）」

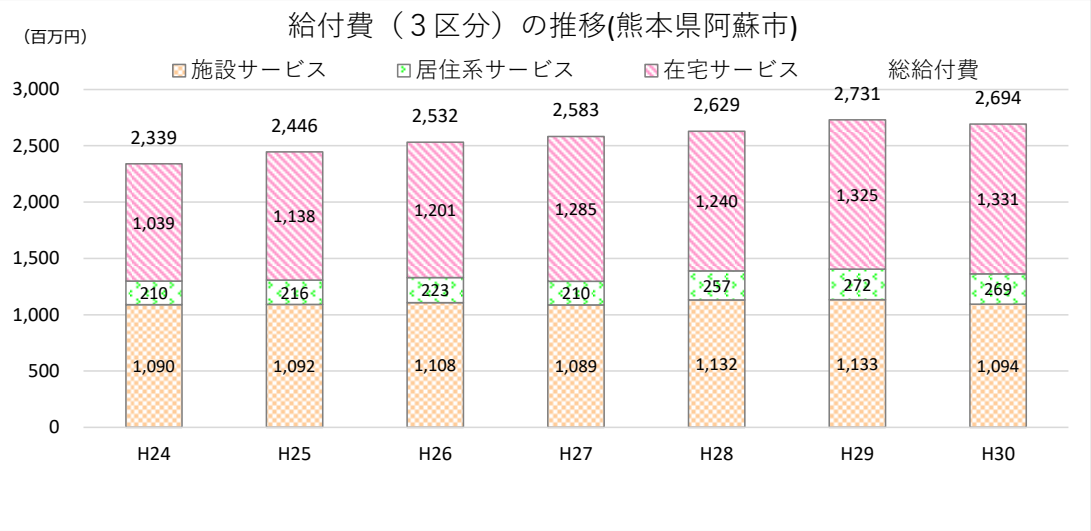
第２節　介護給付の状況

１．介護給付費の推移

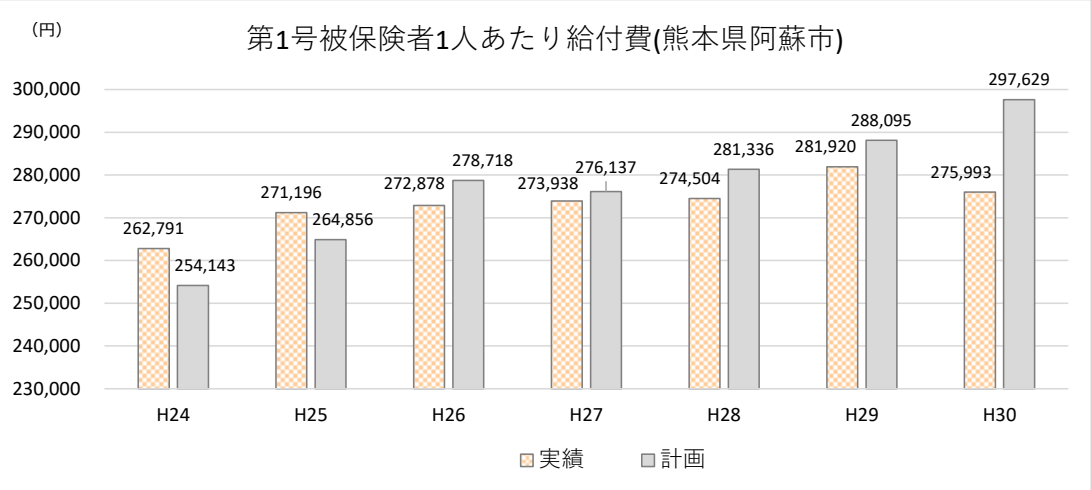
総給付費は、総合事業の開始に伴い要支援者の訪問介護と通所介護の費用が、地域支援事業に移行（予算枠の変更）となりましたが、2017 年（平成 29 年）に 27 億円と過去最高を更新しました。

内訳をみると、全てのサービスで増加傾向にあります。

一人当たり給付費の実績値と計画値をみると、高齢者人口が増えると予想されていたため、一人当たり給付費が増加する計画をたてていましたが、2018 年（平成 30 年）に総合事業が開始したことにより、給付費の伸びを抑えられています。また、2018 年（平成 30 年）度に被保険者 1 人あたり給付費が減少していますが、被保険者数が増加したことと、要介護３から５の中重度認定者が減少したことが主要因として考えられます。



※地域包括ケア見える化システム「総給付費」は厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（2019 年（令和元年）度のみ「介護保険事業状況報告」月報）



※地域包括ケア見える化システム「第１号被保険者１人あたり給付費」は「総給付費」を「第１号被保険者数」で除して算出
※第１号被保険者数は介護保険事業状況報告各年９月月報を使用

2．計画の達成状況と評価

第 7 期計画の基本目標である「市民誰もが、高齢になっても自分らしい暮らしを継続できるよう、自助・互助・共助の仕組みづくりに主体的に参加して、いつまでも阿蘇の地で安心して生活できる体制を確立する」を推進するために、共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な目標を掲げました。

本計画では、第 7 期計画の各事業目標に対する達成状況について評価を行いました。

第 7 期計画の目標設定を行った 54 事業に対して「目標値に達した」が 12 事業、「目標値に達していないが、達成傾向にある」が 8 事業、「変わらない」が 27 事業、「目標値に対して大幅に遅れている」が 7 事業、「第 7 期計画期間中に新たに設定した指標、開始した事業または把握方法が異なるため評価が困難」に該当する事業はありませんでした。

第 7 期計画の各事業目標が半数以上未達であったことは、保険者である市と地域包括支援センターの定例会議の実施など連携体制は十分取れていたものの、第三者評価を含めた事業評価など、事業目標に対する年度ごとの PDCA サイクル※4 の構築に課題があったと考えられます。 ※4PDCA サイクル…P128 NO.23

本計画では、年度ごとの具体的な評価が可能な数値目標を設定し、年度ごとの PDCA サイクルを円滑に実施する評価会議の導入等、目標達成に向けた取り組みを推進していきます。

達成度	評価内容	状況
A	目標値に達した	計画通りに進捗している。
B	目標値に達していないが、達成傾向にある	現在、着手はしている。概ね順調である。
C	変わらない	現在、着手はしているが、順調とは言えない。課題が残る。
D	目標値に対して大幅に遅れている	現在、着手はしているが、順調とは言えない。計画期間中に中止・廃止。
E	第7期計画期間中に新たに設定した指標、開始した事業または把握方法が異なるため評価が困難	

※第 7 期計画目標値は各論に掲載

評価	A	目標値に達した	該当事業数		事業数		割合
介護予防・日常生活支援総合事業			0	事業	8	事業	0%
一般介護予防事業			1	事業	6	事業	17%
認知症総合支援事業			6	事業	12	事業	50%
高齢者福祉事業			0	事業	6	事業	0%
医療・介護をはじめとした地域の多職種連携			0	事業	3	事業	0%
地域包括支援センター・地域支援事業			0	事業	7	事業	0%
生活支援体制整備事業			0	事業	2	事業	0%
介護給付費適正化事業			5	事業	5	事業	100%
その他			0	事業	5	事業	0%
合計			**12**	**事業**	**54**	**事業**	**22%**

評価	B	目標値に達していないが、達成傾向にある	該当事業数		事業数		割合
介護予防・日常生活支援総合事業			3	事業	8	事業	38%
一般介護予防事業			2	事業	6	事業	33%
認知症総合支援事業			2	事業	12	事業	17%
高齢者福祉事業			0	事業	6	事業	0%
医療・介護をはじめとした地域の多職種連携			0	事業	3	事業	0%
地域包括支援センター・地域支援事業			1	事業	7	事業	14%
生活支援体制整備事業			0	事業	2	事業	0%
介護給付費適正化事業			0	事業	5	事業	0%
その他			0	事業	5	事業	0%
合計			**8**	**事業**	**54**	**事業**	**15%**

評価	C	変わらない	該当事業数		事業数		割合
介護予防・日常生活支援総合事業			1	事業	8	事業	13%
一般介護予防事業			2	事業	6	事業	33%
認知症総合支援事業			3	事業	12	事業	25%
高齢者福祉事業			6	事業	6	事業	100%
医療・介護をはじめとした地域の多職種連携			3	事業	3	事業	100%
地域包括支援センター・地域支援事業			6	事業	7	事業	86%
生活支援体制整備事業			1	事業	2	事業	50%
介護給付費適正化事業			0	事業	5	事業	0%
その他			5	事業	5	事業	100%
合計			**27**	**事業**	**54**	**事業**	**50%**

評価	D	目標値に対して大幅に遅れている	該当事業数		事業数		割合
介護予防・日常生活支援総合事業			4	事業	8	事業	50%
一般介護予防事業			1	事業	6	事業	17%
認知症総合支援事業			1	事業	12	事業	8%
高齢者福祉事業			0	事業	6	事業	0%
医療・介護をはじめとした地域の多職種連携			0	事業	3	事業	0%
地域包括支援センター・地域支援事業			0	事業	7	事業	0%
生活支援体制整備事業			1	事業	2	事業	50%
介護給付費適正化事業			0	事業	5	事業	0%
その他			0	事業	5	事業	0%
合計			**7**	**事業**	**54**	**事業**	**13%**

事業名	達成度
介護予防・日常生活支援総合事業	
訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）（人）	B
訪問型サービスB（住民主体による支援）（人）	D
訪問型サービスC（短期集中予防サービス）（人）	D
訪問型サービスD（移動支援）	D
通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）（人）	B
通所型サービスB（住民主体による支援）（人）	D
通所型サービスC（短期集中予防サービス）（人）	B
介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）（件）	C
一般介護予防事業	
介護予防普及啓発事業（いきいき教室）	C
地域介護予防活動支援事業（定期訪問・見守り活動事業）	D
地域介護予防活動支援事業（地区サロン活動事業）	B
一般介護予防事業評価事業	A
地域リハビリテーション活動支援事業（リハビリテーション職派遣回数）	C
介護予防サポーター養成講座	B
認知症総合支援事業	
認知症初期集中支援チームの設置	A
連携会議	B
認知症カフェの開催（開催箇所）	A
認知症ケアパスの作成・普及	A
認知症サポーター養成講座開催回数	B
認知症サポーター養成受講者数	A
認知症サポーター養成講座開催数（上級講座）	D
認知症サポーター養成（キャラバンメイト）	A
認知症高齢者の見守りネットワーク	A
高齢者虐待防止に関する啓発	C
成年後見制度の利用促進	C
認知症家族の会（家族支援）	C
高齢者福祉事業	
老人日常生活用具給付等事業	C
食の自立支援事業【地域支援事業】	C
おでかけサービス（タクシー券の交付）事業	C
介護用品の支給	C
高齢者安心ネットワーク体制整備事業	C
施設入所者在宅復帰支援事業	C

事業名	達成度
医療・介護をはじめとした地域の多職種連携体制	
在宅医療・介護連携推進事業	C
多職種連携体制の構築	C
くまもとメディカルネットワークを活用した医療・介護連携	C
包括支援センター・地域支援事業	
地域包括支援センター業務状況等の評価・点検	C
包括支援センター人員体制	C
総合相談支援業務	C
権利擁護業務	C
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	C
指定介護予防支援事業	C
地域ケア会議	B
生活支援体制整備事業	
協議体の設置	D
生活支援コーディネーター設置（人）	C
介護給付費適正化事業	
要介護認定の適正化	A
ケアプラン点検	A
住宅改修の点検	A
医療情報・縦覧点検	A
介護給付通知	A
その他	
老人クラブ	C
シルバー人材センター会員	C
定期的な安否確認及び緊急時の対応	C
緊急通報システム	C
栄養改善を目的とした配食	C

第３節　各種調査結果

１．介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の概要

（１）調査の目的

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

（２）調査対象及び回収状況

■対象者

阿蘇市にお住いの 65 歳以上（一般高齢者、総合事業対象者[※5]、要支援１、要支援２）の 1,227 人の対象者に民生委員児童委員による直接配布・回収を行いました。

[※5] 総合事業対象者…P127 用語集 NO.10

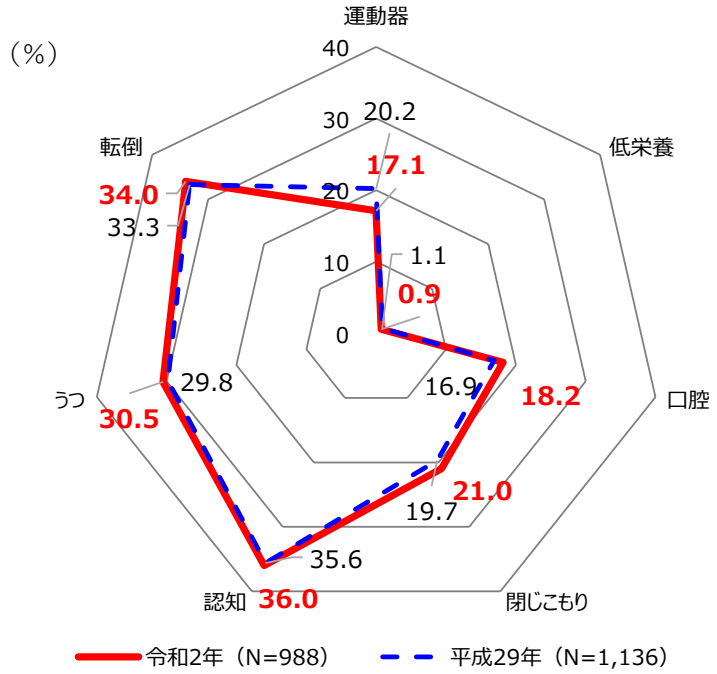
■回収状況

有効回答数 988 件（有効回答率 80.5%）

（３）調査結果

■生活機能評価

生活機能に関する機能の低下がみられる高齢者割合をみると「認知機能リスク」が 36.0%と最も高く、次いで「転倒リスク」34.0%、「うつ傾向」30.5%、「閉じこもりリスク」21.0%、「口腔機能リスク」18.2%、「運動器機能リスク」17.1%となっています。「低栄養リスク」は 0.9%と、リスク該当者は少なくなっています。

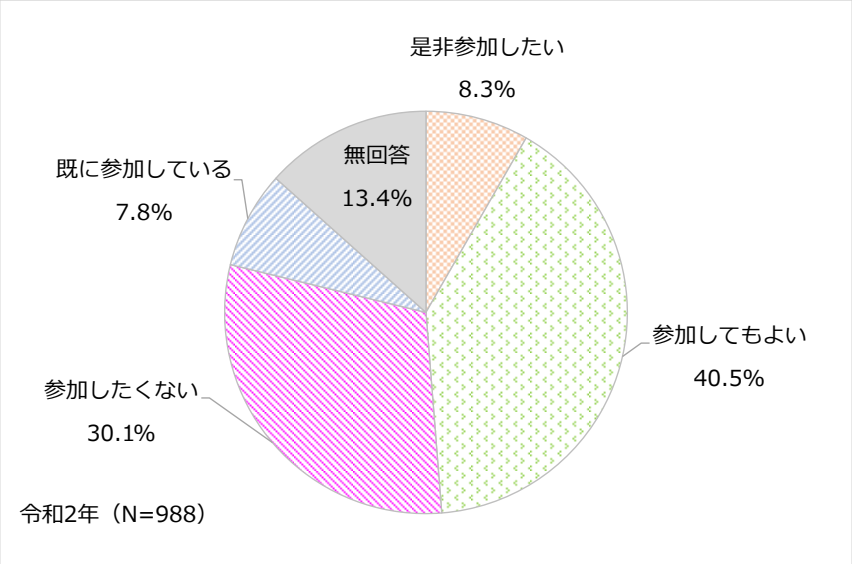


平成 29 年度調査と比較して、運動器リスク・低栄養リスクが減少しています。しかし、閉じこもりリスク、口腔機能リスクが増加しています。

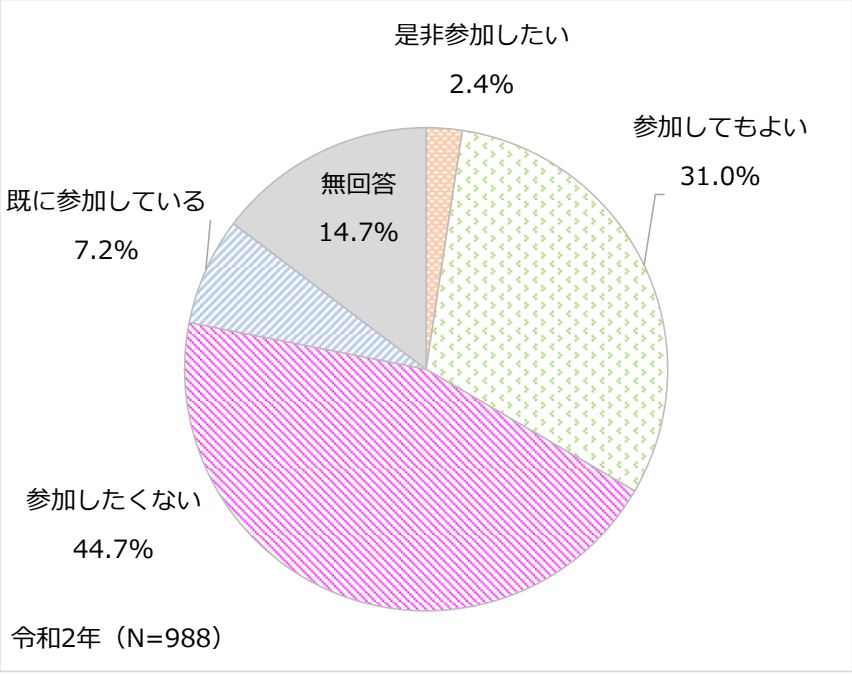
■地域活動

健康づくり活動や趣味等のグループ活動に参加者として「是非参加したい」が 8.3%、「参加してもよい」40.5%、企画・運営（お世話役）として「是非参加したい」が 2.4%、「参加してもよい」が 31.0%となっています。お世話役への参加意向がある高齢者をスムーズに住民有志の活動へマッチングする仕組みの検討が必要となっています。

地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に**参加者として**参加してみたいと思いますか。



地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきした地域づくりを進めるとしたら、あなたはその活動に**企画・運営（お世話役）**として参加してみたいと思いますか。



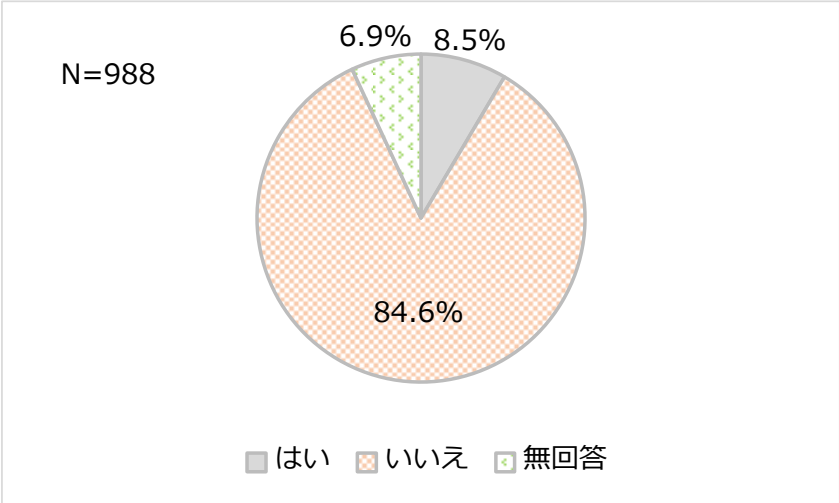
■認知症にかかる相談窓口の把握について

認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人については、「はい」が 8.5%、「いいえ」が 84.6%となっています。

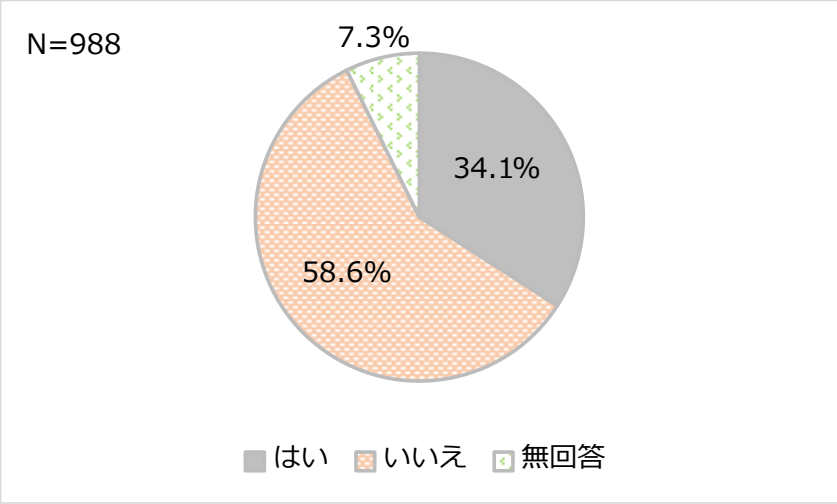
認知症に関する相談窓口を知っているかについては、「はい」が 34.1%、「いいえ」が 58.6%となっています。

令和元年に国がまとめた認知症施策大綱では、2025 年までに認知症に関する市民の認知度を 10%向上させる目標を設定しており、本市においても認知症の周知に向けた取り組みが必要となっています。

認知症の症状がある又は家族に認知症の症状がある人がいますか。



認知症に関する相談窓口を知っていますか。



２．介護人材実態調査結果

（１）調査の目的

福祉・介護人材の定着率の底上げを図るとともに、魅力ある職場環境づくりを進めていくために、市内の福祉・介護事業所の現状や人材の定着化に向けた取り組み、問題点、かつ福祉・介護従事者の離職状況や職場環境、働きがいを把握する目的で調査しました。

（２）調査対象及び回収状況

■対象者

①事業所（42 ヵ所）

特別養護老人ホーム４ヵ所、介護老人保健施設２ヵ所、軽費老人ホーム２ヵ所、有料老人ホーム３ヵ所、サービス付き高齢者向け住宅[※6]１ヵ所、グループホーム４ヵ所、通所介護事業所 10 ヵ所、通所リハビリテーション４ヵ所、認知症対応型通所介護１ヵ所、

訪問介護事業所６ヵ所、訪問入浴１ヵ所、小規模多機能型居宅介護２ヵ所、特定施設入居者生活介護１ヵ所、介護療養型１ヵ所

[※6]サービス付き高齢者向け住宅…P127 用語集 No.11

②従事者

訪問系 49 人、通所系 124 人、施設・居住系 309 人（合計 516 人分）

■回収状況

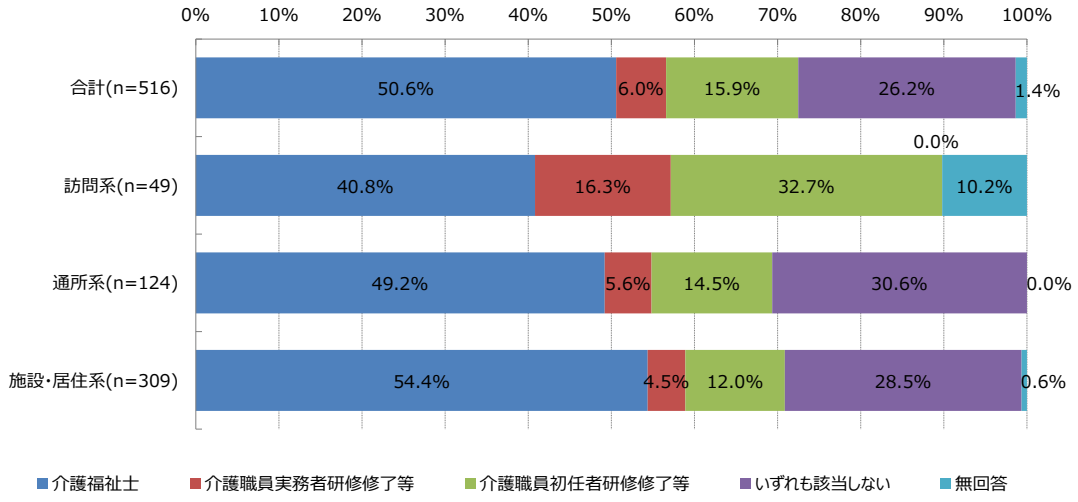
有効回答数 516 件（有効回答率 100%）

（３）調査結果

■回答者のサービス種別

■職員の資格保有状況

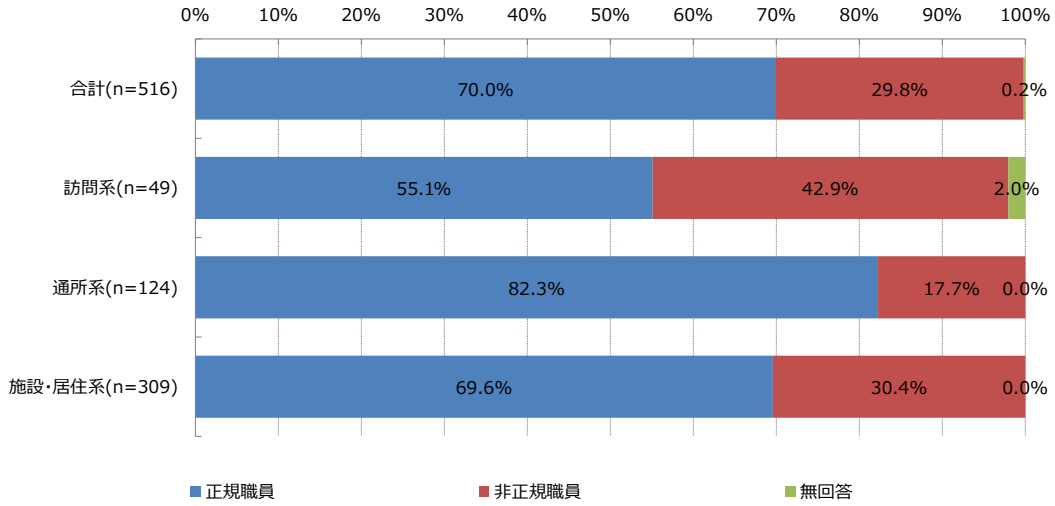
職員の資格保有状況をみると、介護福祉士が半数程度の割合を占めています。



※合計（n=516）にはサービス種別無回答者も含まれています。

■介護職員の属性

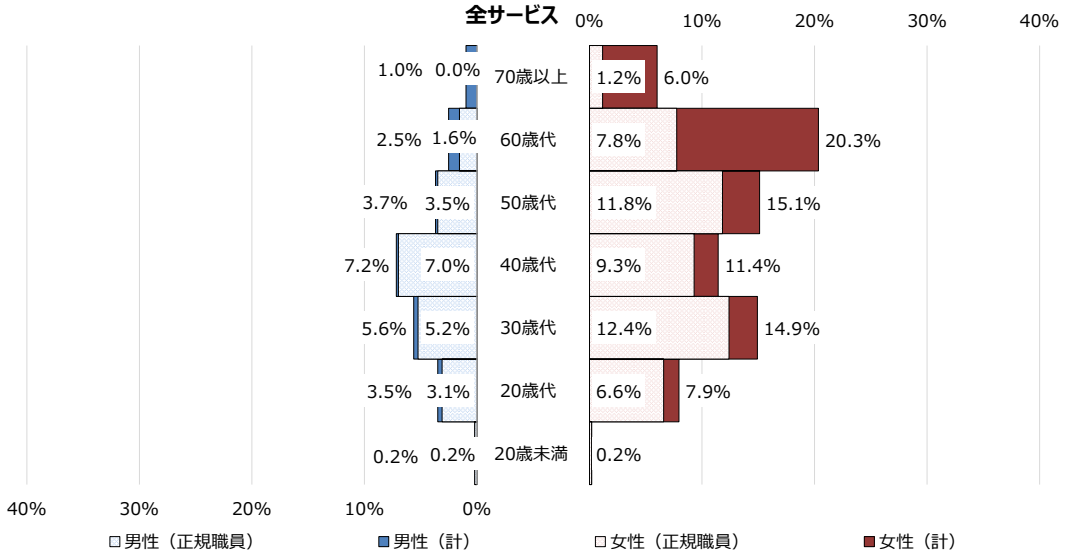
職員の雇用形態をみると、正規職員と非正規職員の比率はおよそ７：３となっており、正規職員の割合が高くなっています。



※合計（n=516）にはサービス種別無回答者も含まれています。

性別・年齢階級別でみると、男性は 40 歳代が 7.2%と高くなっています。女性は 60 歳代が 20.3%と最も高く、次いで 50 歳代が 15.1%と高くなっています。

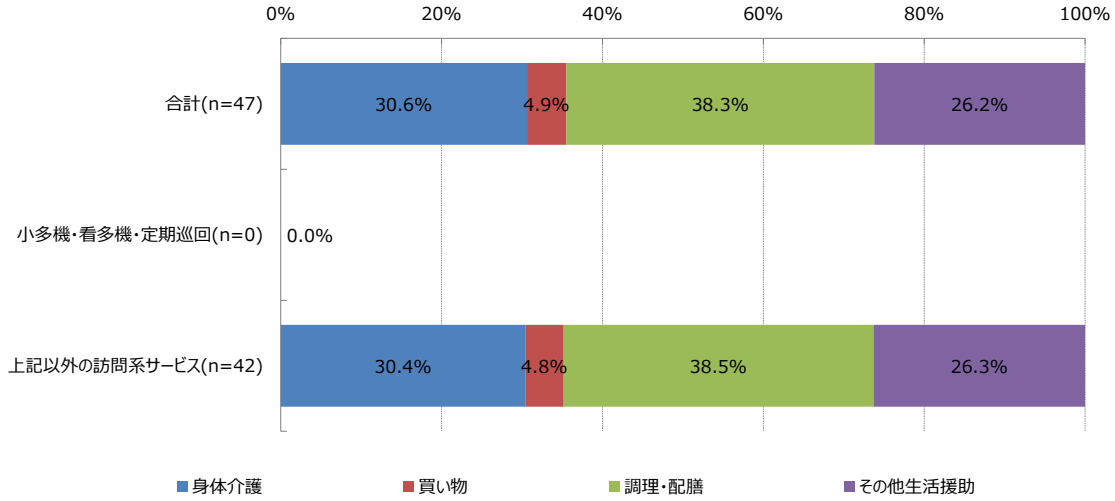
介護人材確保の観点から、60 歳代女性が働きやすい環境整備と子育てしながら働きやすい環境整備が課題であると考えられます。



※2 名未回答のため合計（n=514）。全体のうち男性・女性の割合を算出しているため、男女合計 100%算出となっています。

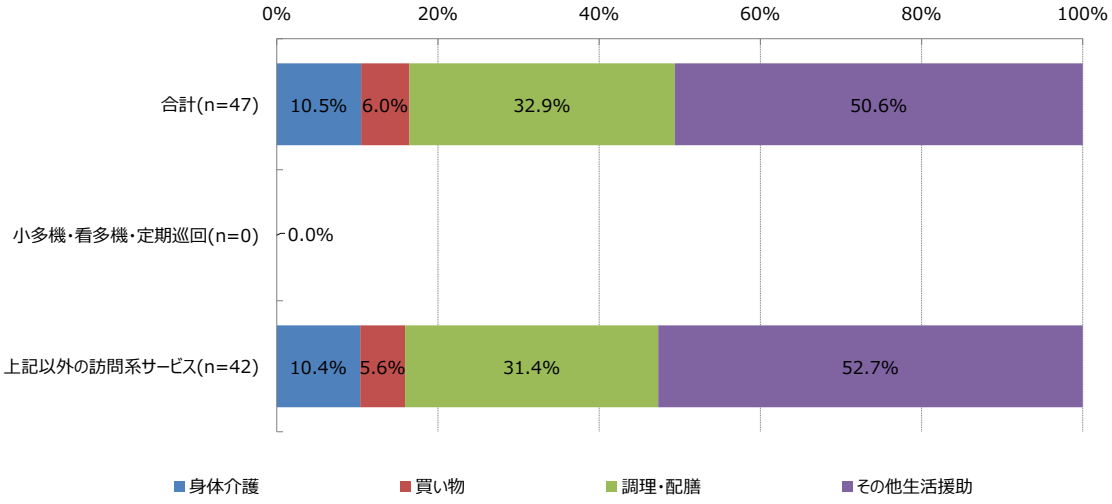
■訪問介護のサービス提供時間の内容別内訳

介護給付におけるサービス提供時間の内訳をみると、「調理・配膳」の割合が 38.3%と最も高く、次いで「身体介護」30.6%、「その他生活援助」26.２%の順となっています。



※合計（n=47）にはサービス種別無回答者も含まれています。

予防給付・総合事業におけるサービス提供時間の内訳をみると、「その他生活援助」の割合が 50.6%と最も高く、次いで「調理・配膳」32.9%、「身体介護」10.5%の順となっています。



※合計（n=47）にはサービス種別無回答者も含まれています。

第３章　基本理念と計画策定の考え方

第１節．計画の目指す姿

１．基本理念

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

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

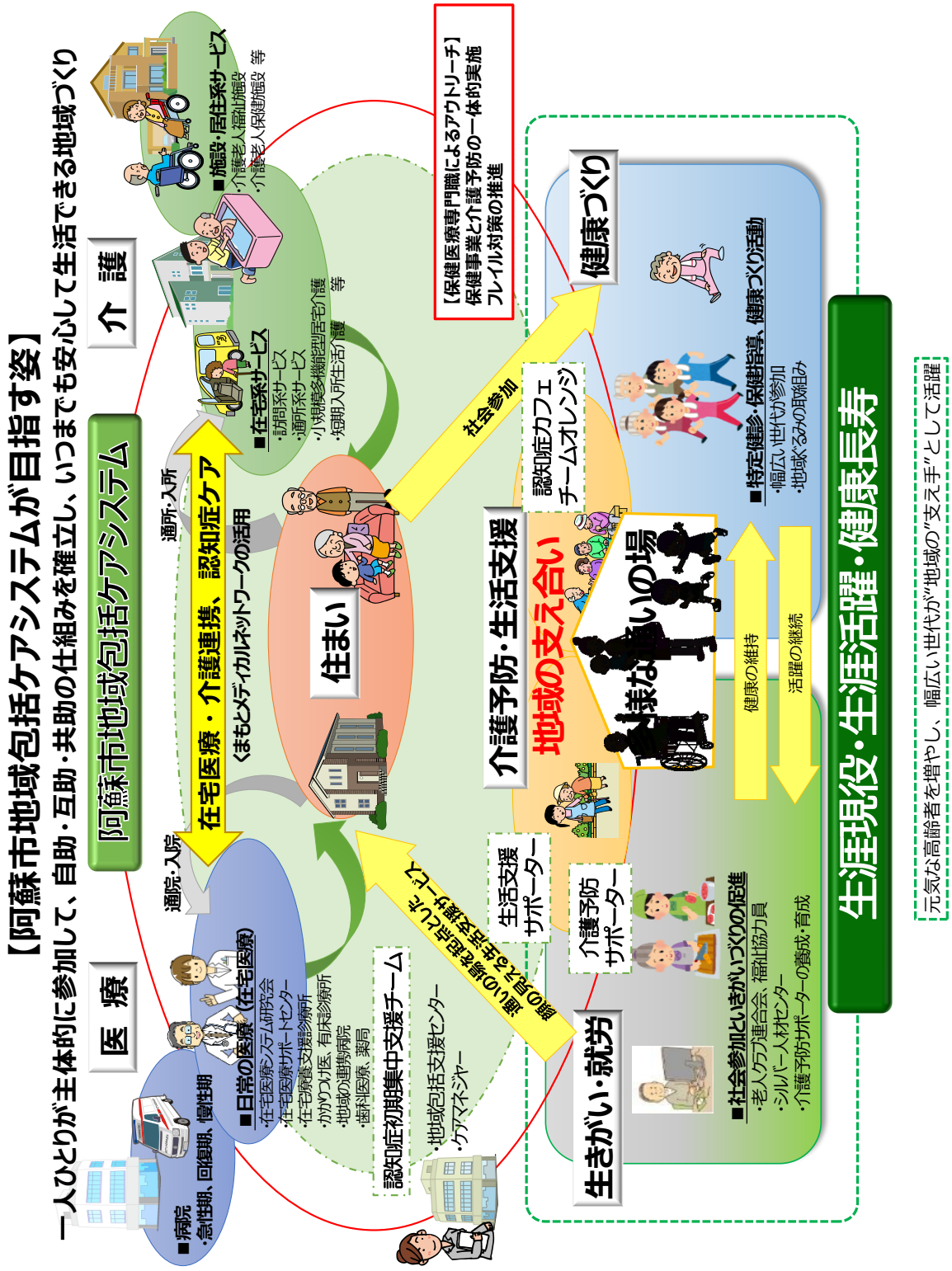
本計画においては、地域包括ケアの実現を目指しつつ、高齢者自らが健康づくりや介護予防に主体的かつ積極的に取り組むこと、そして、生きがいのある自立した生活の実現に向けて、「地域活動や就労、さらには生活支援サービスの新たな担い手」として活躍する高齢者像の実現を目指します。

また、団塊の世代が 75 歳に到達する 2025 年（令和７年）度を見据え、地域包括ケアを構築していくための 10 年間の計画という位置づけを持つ「地域包括ケア計画」の第３期目となることから、前計画における基本理念を引き継ぎ、その実現に向けた施策の継続的な展開を図ります。

第２次阿蘇市総合計画
将来像
人がつながり創りだす新しい阿蘇～ONLY　ONE の世界へ～

阿蘇市高齢者いきいきプラン（第８期）
基本理念

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



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

２．基本目標

本市は、高齢者の尊厳を保持した自立支援や重度化防止の取り組みを推進し、高齢者が安心して暮らし続けることができるよう、本計画の目指す姿の実現に向けて、高齢者の暮らしに応じた５つの目標に分け、地域の関係機関の連携により実現します。

【基本目標１】

生涯現役社会の実現と自立支援、健康づくりの推進

【基本目標２】

認知症の発症を遅らせ、
認知症になっても希望をもって暮らせる体制の整備

【基本目標３】

在宅で安心して暮らせるための
医療と介護の連携・在宅医療基盤の充実

【基本目標４】

住み慣れた地域で生活するための環境づくりの充実

【基本目標５】

多様な介護人材の確保・定着や介護サービスの質の確保・向上

【基本目標１】

生涯現役社会の実現と自立支援、健康づくりの推進

【主要施策】

① 高齢者の生きがいづくりと社会参加の促進

② 健康づくりの推進

③ 住民主体の通いの場の充実

④ 自立支援に向けた介護予防・日常生活支援総合事業の充実

⑤ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の推進

【方向性】

特定健診・後期高齢者健康診査の受診率の向上を図り、保健指導を丁寧に実施していくことで、生活習慣病の重症化を予防し、要介護状態となる疾患の発症を防いでいきます。

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

なお、本市は、2020 年（令和 2 年）度から高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業に取り組んでいます。国保の保健事業と高齢者の保健事業を接続して実施し、KDB システムを活用し、健康課題を分析し、保健指導の対象者を抽出し、ハイリスクアプローチとして、リスクの高い方に優先的に保健指導を実施し、生活習慣病の重症化予防を図っていきます。そのことにより、要介護状態の予防、医療費の伸びの抑制を図ります。

また、質問票等で把握された介護予防サービス等の利用が必要な方を、サービスに接続していきます。

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

【基本目標２】

認知症の発症を遅らせ、
認知症になっても希望をもって暮らせる体制の整備

【主要施策】

①認知症への正しい理解と相談窓口の周知、本人発信支援の推進

②認知症の予防の推進

③認知症医療・ケア・介護サービス・介護者への支援の推進

④高齢者の虐待防止・権利擁護の推進

【方向性】

認知症の中で最も多いアルツハイマー型認知症の発症には、アミロイドβ等の特殊なたんぱくの蓄積が関与していることがわかってきました。発症までには、10 年から 20 年の経過があることから、その間の食事のとり方や運動、睡眠などの日々の暮らし方（生活習慣）が大事になります。また、糖尿病や高血圧などの生活習慣病を良い状態にコントロールをしておくことも、認知症の予防につながるため、若い世代のうちから、市民への啓発、健康教育の機会を増やしていきます。

また、地域包括支援センターで行っている認知症相談窓口に関する市民への認知度の向上に向けた取り組みを実施するとともに、認知症予防教室を入り口とした通いの場の拡充、早期発見・早期対応の体制を拡充します。特に認知症の高齢者が住みなれたエリアで生活するため、介護施設や医療施設、介護サービス事業者などと連携し、本人や家族を支援する認知症地域支援推進員※7の活動活性化を図り、関係機関と連携して、社会的なつながりを増やしながら、認知症の人と家族が安心して通える通いの場の拡充に取り組みます。

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

さらには、認知症初期集中支援チームの活動から抽出された地域課題を地域ケア会議※8で検討するなど、認知症に関する情報の集約・周知広報から、認知症高齢者への個別支援までを総合的に展開します。※7認知症地域支援推進員…P128 NO.22　※8地域ケア会議…P127 用語集 NO.16

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

【基本目標３】

在宅でも安心して暮らせるための
医療と介護の連携・在宅医療基盤の充実

【主要施策】

①在宅医療・介護の連携の推進

②地域包括支援センターの機能強化と地域マネジメントの推進

【方向性】

地域包括ケアシステムの目指す在宅生活の継続に向けて、くまもとメディカルネットワークを活用した医療と介護の連携の推進を行います。

これまで、市内の多職種の参画を得て地域ケア会議を実施し、個別のケース検討を踏まえながら地域課題の把握・課題解決に向けた検討を進めてきました。地域ケア会議の充実に向けて、地域ケア会議を戦略立案のかなめとして、地域支援事業４事業（介護予防・日常生活支援総合事業、認知症総合支援事業、在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業）の連動性を高める取り組みを図っていきます。

【基本目標４】

住み慣れた地域で生活するための環境づくりの充実

【主要施策】

①地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進

②高齢者福祉事業の提供

③高齢者の見守りネットワークの充実と生活支援サービスの提供

④高齢者向け住まいの確保の推進

⑤防災対策・感染症対策の推進

【方向性】

在宅で介護を受けている方のうち、早期に適切な施設・居住系サービスの利用が必要と考えられる高齢者に対する支援を拡充するとともに、高齢者の住まいの確保に向けた公営住宅のバリアフリー化、高齢者の優先入居拡充及び社会福祉施設の併設などの推進を図ります。

新型コロナウイルス感染症を含めた感染症対策を介護事業者と連携して推進するとともに、近年増加傾向にある災害に対する備えについても地域・介護事業者と連携して取り組みます。

【基本目標５】

多様な介護人材の確保・定着や介護サービスの質の確保・向上

【主要施策】

①介護給付の適正化に向けた取り組みの推進

②多様な介護人材の確保・定着、介護サービスの質の確保・向上に向けた取り組みの推進

【方向性】

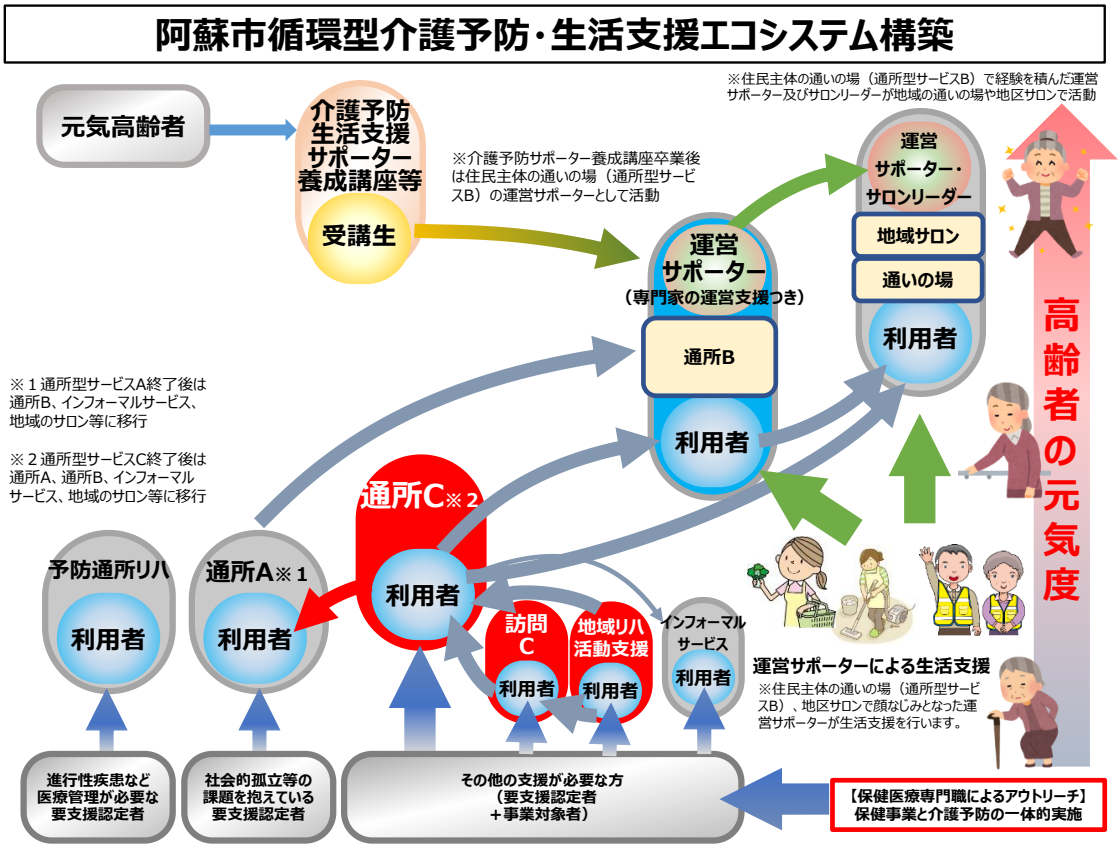
介護給付の適正化に向けて、ケアプラン※9点検や医療情報突合・縦覧点検、リハビリテーション専門職の視点を取り入れた福祉用具･住宅改修の適正化に係る目標値設定及びその目標達成の評価を行うことで、介護サービスの質の確保・向上を目指します。

介護助手等の間接介護を担う元気高齢者の養成・活用など、多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みを推進します。

※9ケアプラン…P126 用語集 NO.7

第２節．施策の推進体制

１．重点施策



本市では、介護予防サポーター[※10]が担い手として活躍する、歩いて通える公民館等での通いの場の拡充に取り組むとともに、事業対象者及び要支援高齢者の自立支援に向けてリハビリテーション専門職等を活用した通所型サービスＣを実施し、事業対象者や要支援高齢者が元気になって、地域の通いの場に参加する取り組みを推進しています。

本計画では、上記の取り組みに加え、保健事業と介護予防の一体的実施事業によりフレイル高齢者を早期に把握し、通所型サービスＣや通いの場への接続を図る循環型介護予防・生活支援エコシステムの構築を目指します。また、通いの場や通所サービスにつながらない高齢者には、訪問による短期集中的な自立支援を組み合わせ、社会参加の促進と社会的なつながりの再創出を図ります。さらに、地域の多様な通いの場を拠点として、運営サポーターをはじめとした有償･無償のボランティアによる顔の見える関係性の中で生活支援サービスを提供することで、今後、不足が見込まれる生活支援サービスの拡充を図ります。

※1 循環型介護予防・生活支援エコシステム：フレイル高齢者や事業対象者、要支援１・２の高齢者を対象に、リハビリテーション専門職等のかかわりによる短期集中的なプログラムを通じて、元気になって地域の多様な通いの場等の社会参加につながっていくシステムです。地域の多様な通いの場を拠点として、通いの場の運営サポーターによる顔の見える関係性の中で生活支援サービスを提供していく通いと訪問を一体化したシステムです。

※10 介護予防サポーター…P126 用語集 No.4　※フレイル…P128 NO.24

２．数値目標設定

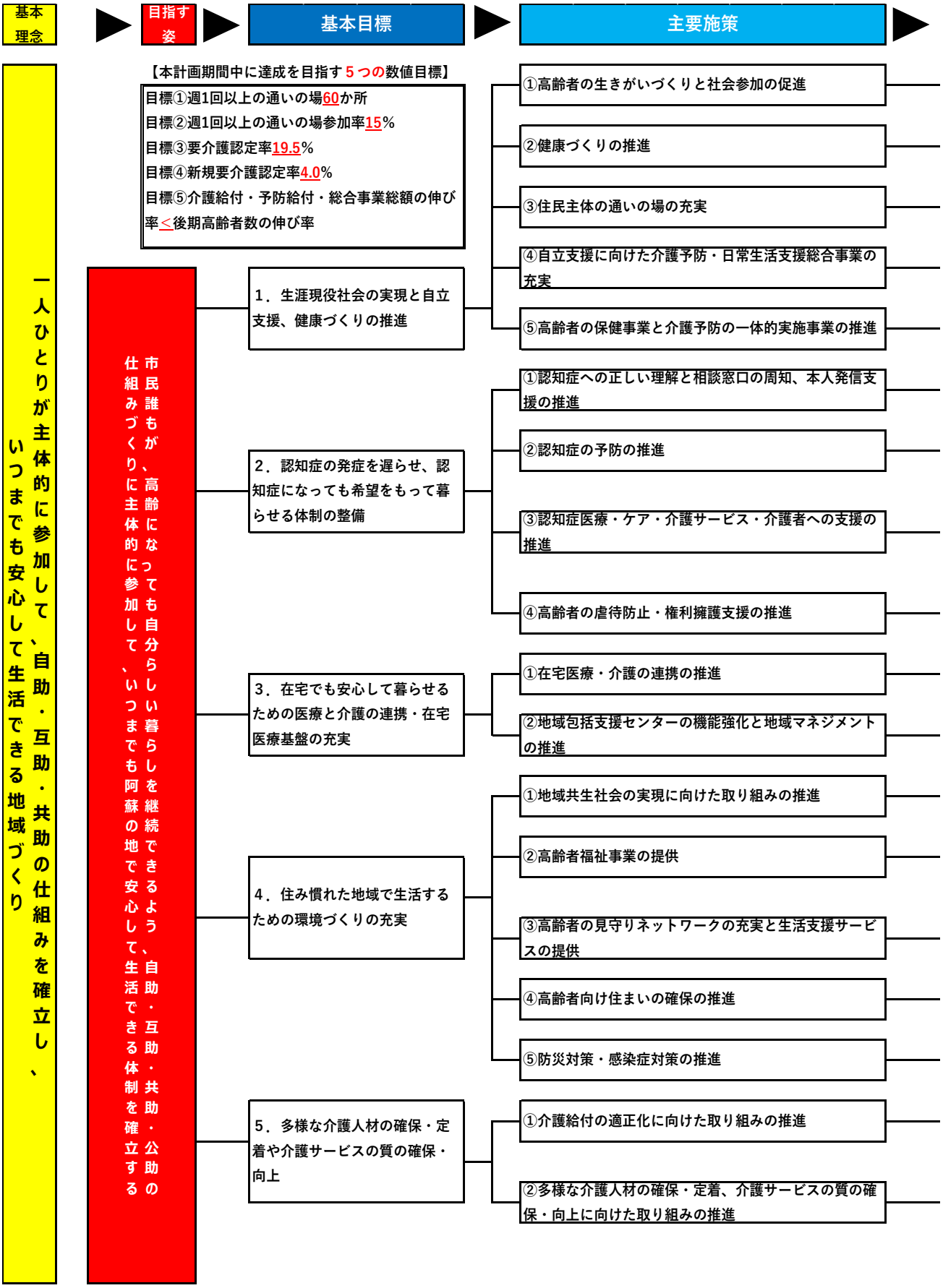
本市は、地域包括ケアシステムの推進と介護保険制度の持続可能性の維持に向けて、以下の指標について目標値を設定することで、保険者機能を発揮し自立支援・重度化防止に取り組むとともにその達成状況を評価します。

【総合事業の数値目標設定（効率的・効果的な総合事業の実施）】

	2021 年 (令和３年)度	2022 年 (令和４年)度	2023 年 (令和５年)度
１．事業の有効性			
1-1　介護予防の推進			
①1 号被保険者新規要介護（要支援）認定者発生率	4%以下	4%以下	4%以下
②1 号被保険者要介護（要支援）認定率	21.0%	20.0%	19.5%
③主観的健康観の高い者の割合※1		＋10%	
④主観的幸福感の高い者の割合※1		＋10%	
⑤週 1 回以上社会参加者割合※1		＋10%	
1-2　自立支援に向けた環境整備			
⑥週 1 回以上通いの場の個所数	５０か所	５５か所	６０か所
⑦週 1 回以上通いの場の参加者割合	12.0%	13.0%	15.0%
⑧通所 C・訪問 C からの通いの場への接続件数	３０件	３０件	３０件
⑨保健事業から地域包括支援センター等への接続件数	３０件	３０件	３０件
２．事業の効率性			
①予防給付と総合事業総額の伸び率	後期高齢者数の伸び率を下回る		
②介護給付・予防給付・総合事業総額の伸び率	後期高齢者数の伸び率を下回る		

※１③･④･⑤は３年に１度の日常生活圏域ニーズ調査を用いて評価を行います。

３．施策体系


基本理念
目指す姿
基本目標
主要施策
一人ひとりが主体的に参加して、自助・互助・共助の仕組みを確立し、いつまでも安心して生活できる地域づくり
【本計画期間中に達成を目指す５つの数値目標】
目標①週1回以上の通いの場60か所
目標②週1回以上の通いの場参加率15%
目標③要介護認定率19.5%
目標④新規要介護認定率4.0%
目標⑤介護給付・予防給付・総合事業総額の伸び率≦後期高齢者数の伸び率
市民誰もが、高齢になっても自分らしい暮らしを継続できるよう、自助・互助・共助・公助の仕組みづくりに主体的に参加して、いつまでも阿蘇の地で安心して生活できる体制を確立する
1．生涯現役社会の実現と自立支援、健康づくりの推進
2．認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって暮らせる体制の整備
3．在宅でも安心して暮らせるための医療と介護の連携・在宅医療基盤の充実
4．住み慣れた地域で生活するための環境づくりの充実
5．多様な介護人材の確保・定着や介護サービスの質の確保・向上
①高齢者の生きがいづくりと社会参加の促進
②健康づくりの推進
③住民主体の通いの場の充実
④自立支援に向けた介護予防・日常生活支援総合事業の充実
⑤高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の推進
①認知症への正しい理解と相談窓口の周知、本人発信支援の推進
②認知症の予防の推進
③認知症医療・ケア・介護サービス・介護者への支援の推進
④高齢者の虐待防止・権利擁護支援の推進
①在宅医療・介護の連携の推進
②地域包括支援センターの機能強化と地域マネジメントの推進
①地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進
②高齢者福祉事業の提供
③高齢者の見守りネットワークの充実と生活支援サービスの提供
④高齢者向け住まいの確保の推進
⑤防災対策・感染症対策の推進
①介護給付の適正化に向けた取り組みの推進
②多様な介護人材の確保・定着、介護サービスの質の確保・向上に向けた取り組みの推進

事業内容	
（1）老人クラブ等の活動の活性化	（2）就労による生きがいづくりへの支援
（3）ボランティア活動の充実	（4）生涯学習・生涯スポーツの推進
（1）特定健康診査・後期高齢者健康診査・後期高齢者歯科口腔健康診査受診率、および保健指導実施率の向上	（2）がん検診の実施率向上
（1）介護予防サポーターの発掘・養成	（2）住民主体の通いの場の充実
（1）循環型介護予防システムの構築推進	（2）介護予防・生活支援サービス事業の推進
（3）一般介護予防事業の推進	（4）事業評価に基づく総合事業PDCAサイクル構築
（1）高齢者の生活習慣病の重症化予防	（2）高齢者の心身機能の低下防止
（1）認知症サポーターの養成	（2）認知症サポーターの活動の活性化
（3）認知症相談窓口の周知に向けた取り組みの推進	（4）認知症の人本人からの発信支援の推進
（1）認知症の予防についての理解の促進	（2）物忘れがある人が安心して参加できる通いの場の展開
（1）認知症初期集中支援チームの活動の充実	（2）認知症ケアパスの普及・啓発
（3）多機関連携による認知症カフェの設置の推進	（4）認知症の人の家族に対する支援の推進
（5）認知症の人を見守るネットワークの構築	（6）介護従事者の認知症対応能力の向上の推進
（7）若年性認知症の人への支援	（8）認知症の人の意思決定に基づく本人支援の推進
（1）成年後見利用促進計画の推進	（2）高齢者の虐待防止の推進
（3）高齢者の消費者被害の防止の取り組みの推進	
（1）在宅医療・介護連携推進事業の推進	（2）多職種連携体制づくりの推進
（3）在宅医療・在宅介護の普及啓発	（4）くまもとメディカルネットワークの活用促進
（1）地域包括支援センターの機能強化	（2）包括的支援事業の推進
（3）地域ケア会議を中核とした地域支援事業の連動性向上	
（1）包括的支援体制の構築	（2）共生型サービスの普及に向けた取り組みの推進
（1）老人日常生活用具給付等事業	（2）食の自立支援事業
（3）おでかけサービス事業（タクシー券の交付）	（4）介護用品の支給
（5）高齢者安心ネットワーク体制整備事業	（6）施設入所者在宅復帰支援事業の提供
（1）生活支援体制整備事業の推進	（2）高齢者の見守りネットワークの充実
（3）高齢者の移動手段の確保	
（1）高齢者の住まいの確保	（2）有料老人ホーム等の県との情報共有
（1）防災対策の推進	（2）感染症対策の推進
（1）要介護認定の適正化	（2）ケアプランの点検の充実
（3）福祉用具・住宅改修の点検の充実	（4）医療情報突合・縦覧点検の実施
（5）介護給付費通知	
（1）多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みの推進	（2）介護サービスの質の確保・向上に向けた取り組みの推進

阿蘇市地域包括ケアシステムの構築・深化

各論

第１章　生涯現役社会の実現と自立支援、健康づくりの推進

第１節　高齢者の生きがいづくりと社会参加の促進

（１）老人クラブ等の活動の活性化

阿蘇市老人クラブ連合会は、会員相互の親睦と融和を図り、福祉の増進に努め、高齢者等の自立厚生及び社会的地位の向上発展を期することを目的とする団体です。高齢者の見守り活動やふれあいサロン活動など、地域福祉活動の担い手として重要な役割を果たしています。

しかし、県内の他地域と同様に、老人クラブの会員数の伸び悩みや会員の高齢化が課題となっています。

今後も会員の健康づくりや社会奉仕などの活動を通じて、さらに魅力ある老人クラブとして活動内容の充実が図られるよう、引き続き運営の助成や支援を行っていきます。

（２）就労による生きがいづくりへの支援

阿蘇市シルバー人材センターや「熊本高齢者無料職業紹介所」などの事業を行っている一般社団法人熊本さわやか長寿財団等では、地域社会の活性化と高齢者自身の生活の充実や生きがいづくりを目的に、高齢者就労の場の確保と提供を行っています。

就労は高齢期の生活資金の確保だけでなく、「生涯現役生活」の実現のため、今後も、シルバー人材センターの活動を支援していきます。

（３）ボランティア活動の充実

阿蘇市社会福祉協議会にはボランティアセンターが設置されており、福祉・医療・教育など、広い分野における市民ボランティア活動への参加促進と活動支援に取り組んでいます。

本市では、高齢者の単身世帯の増加に伴い、日常生活におけるちょっとした支援を必要とする人が増加しています。

今後も、市民参加による協働のまちづくりを推進するため、ボランティア活動に関する啓発と情報提供に取り組みながら、ボランティアや NPO が積極的に活動できる環境整備を進めていくとともに、活動支援の充実を図ります。また、高齢者が地域の中で生きがいや役割を持って生活できるよう、ボランティア活動の推進を図ります。

（４）生涯学習・生涯スポーツの推進

本市では、就業改善センターをはじめとする社会教育に係る各施設や地区公民館等を活用した生涯学習の総合的な推進に取り組んでいます。「生涯を通じて学べる環境の整備充実」を重点努力事項に掲げ、社会教育の推進を図り、多くの方々が趣味をもち、教養を高め、笑顔あふれる明るい毎日がおくれるよう、生涯学習講座を開催しています。

生涯学習講座では、一般講座やパソコン講座だけではなく、シニア向けスマートフォン講座も開催しています。また、就業改善センター、阿蘇公民館等では自主講座（サークル）を多数開催しています。今後も生涯学習講座や公民館活動の充実を図るとともに、生涯学習講座をとりまとめたパンフレットの配布や広報誌における情報提供など、市民の生涯学習に対して総合的な支援を行うことで、高齢者の生きがいづくり、仲間づくりを推進していきます。

また、高齢者が長く健康で暮らしていくためには、自身の健康状態や運動能力に応じたスポーツ活動も大事になってきます。

今後も高齢者が主体的に取り組めるスポーツ活動を通して、高齢者の心身の健康づくりを支援していきます。

第２節　健康づくりの推進

（１）特定健康診査、後期高齢者健康診査・後期高齢者歯科口腔健康診査受診率、および保健指導実施率の向上

令和元年度における特定健康診査の受診率は、49.3%、後期高齢者健康診査の受診率は、18.6%、後期高齢者歯科口腔健康診査は 0.06%となっています。受診率は毎年少しずつ上昇しています。特定保健指導率は 80%、ハイリスクの保健指導率は、90%になっています。

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

高齢期を健康に過ごすためには、若い時から健康づくりや、生活習慣病の発症予防、重症化予防に取り組んでおく必要があり、本市の健康増進計画及び食育計画、データヘルス計画、医療費適正化計画に基づく取り組みを行います。

また、若い世代から健康行動を定着させるため、健康ポイント事業を活用する人を増やす取り組みを行います。

（２）がん検診の実施率向上

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

助成や、一部の検診では個別検診を実施し、受診しやすい環境整備を行っています。しかし受診率は、横ばい傾向であるため、未受診者へのハガキでの受診勧奨や、セット健診の実施等今後も受診率の向上に努めていきます。

【各種受診率の状況】

	胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮がん
2019 年（令和元年）度　（%）	12.5	16.5	13.6	22.9	24.1

第３節　住民主体の通いの場の充実

（１）介護予防サポーターの発掘・養成

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

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

今後は、特定健診など元気高齢者との接点を活用して、これまで以上に地域の元気な高齢者を介護予防サポーターとして育成し、量的な確保を図ります。また、介護予防サポーターがお住まいの地域の通いの場の運営に積極的に取り組むことができるよう、新たに立ち上げる拠点型の通所型サービスＢを介護予防サポーターの育成及び派遣調整、現任研修の場とすることで、質的な確保を図ります。

	第７期計画実績			第８期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
介護予防サポーター養成講座開催数（回）	27	22	14	17	21	21
介護予防サポーター延べ人数（人）	56	46	51	55	60	65

※第７期計画実績は令和２年11月時点の実績です。

（２）住民主体の通いの場の充実

現在、地域住民との協働により、月２回以上活動しているサロンが85ヶ所、週１回活動しているサロンが43ヶ所あります。

また、住民主体の通いの場の運営を支援するために、サロン活動の道具貸出及び定期的にサロンリーダー向けの研修会を開催しています。

今後は各行政区に限らず誰でも参加できる通いの場の整備を検討していきます。

	第７期計画実績			第８期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
住民主体の通いの場 月２回以上（箇所）	97	85	89	89	90	91
住民主体の通いの場 週１回（箇所）	48	43	43	50	55	60

※第７期計画実績は令和２年11月時点の実績です。

第４節　自立支援に向けた介護予防・日常生活支援総合事業の充実

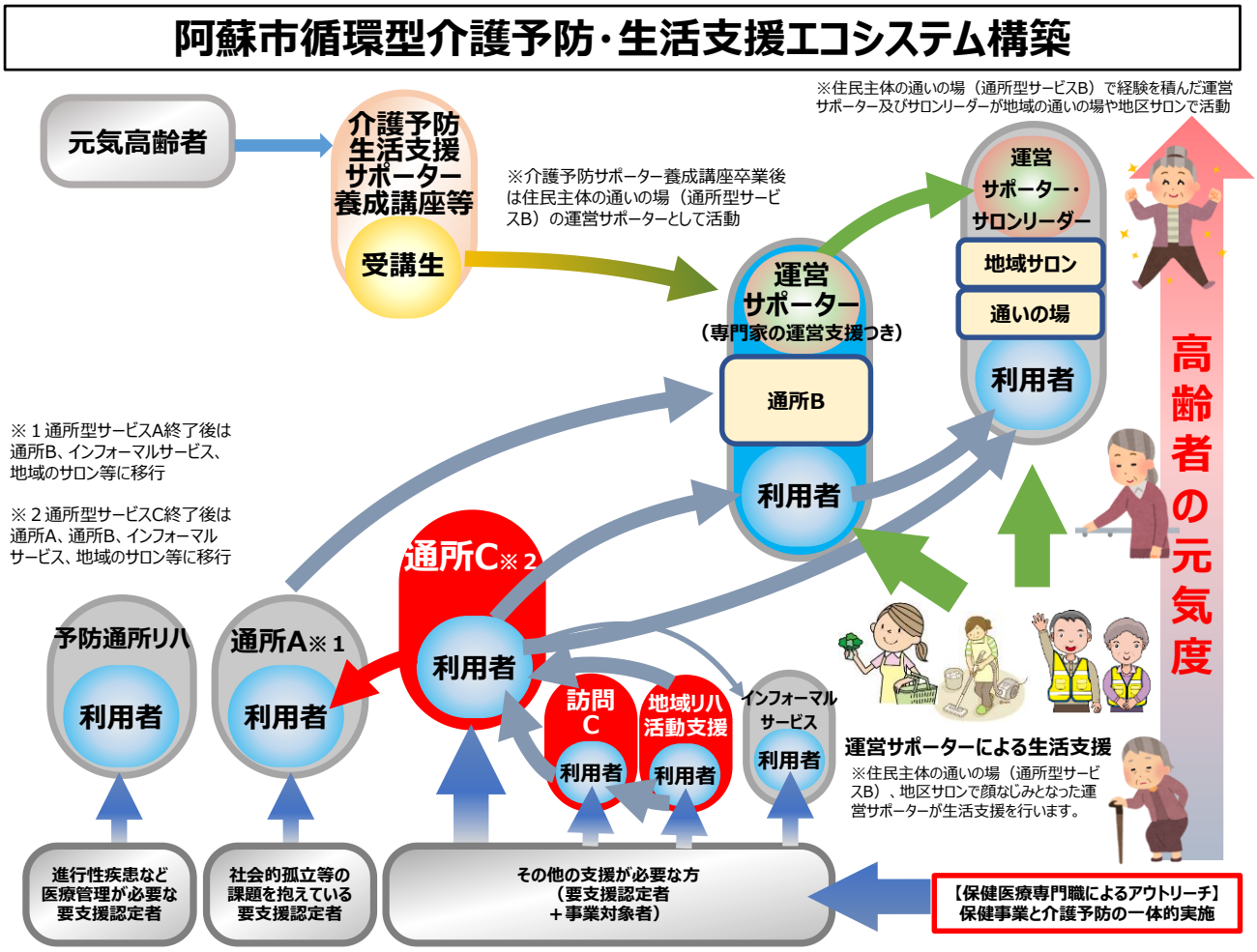
（１）循環型介護予防システムの構築推進

循環型介護予防エコシステムとは、フレイル高齢者や事業対象者、要支援高齢者を対象に、リハビリテーション専門職等の関わりによる短期集中的なプログラムを通じて、元気になり、地域の多様な通いの場等の社会参加につながっていくエコシステムです。

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

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

《再掲》



（２）介護予防・生活支援サービス事業の推進

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

また、要支援者等に限定されている介護予防・日常生活支援総合事業（介護予防・生活支援サービス事業）の対象者について、2021 年（令和 3 年）度の制度改正により、市町村判断で、要支援段階で総合事業を利用していた高齢者が要介護状態になっても総合事業の対象とすることが可能になります。今後の要介護認定者数や受け入れ体制を見ながら対象の範囲について検討します。

事業対象者とは

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

①訪問型予防サービス（第 1 号訪問事業）

訪問型サービス A	
事業内容	ヘルパーによる掃除、洗濯、調理、買い物等の生活支援及び、入浴介助を受けることができるサービス
対象者	要支援認定者（独居、高齢者世帯のみ）
サービス提供者	訪問介護事業所
実施方法	事業者指定
現状・方向性	市内 6 箇所の事業所にて指定を行い、訪問サービスを行っています。しかし、阿蘇市内において訪問介護員（ヘルパー）の人材不足により、訪問が難しいエリアが出ており、今後訪問型サービス A の供給量の減少が見込まれます。介護人材確保の取り組み及びヘルパー人材不足を補填する代替サービスを生活支援コーディネーター※11 と検討を進めます。 ※11 生活支援コーディネーター…P127 用語集 NO.13

	第 7 期計画実績			第 8 期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
利用者（人）	52	55	56	55	53	50

※第 7 期計画実績は令和 2 年 11 月時点の実績です。

訪問型サービス B	
事業内容	住民の自主運営による掃除、洗濯、調理、買い物等の生活支援を受けることができるサービス
対象者	要支援認定者・事業対象者（独居、高齢者世帯のみ）
サービス提供者	住民主体
実施方法	ボランティア等による自主運営
現状・方向性	利用制限があるため、社会福祉協議会の独自サービスと連携し住民主体の生活支援サービスを検討します。

	第 7 期計画実績			第 8 期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
利用者数（人）	—	—	—	0	3	5

※第 7 期計画実績は令和 2 年 11 月時点の実績です。

訪問型サービスＣ【新規事業】	
事業内容	看護師やリハビリテーション専門職等の保健医療専門職が利用者の自宅を訪問し、自立支援に向けた支援を行うサービスです。 心身機能・活動・参加にバランスよくアプローチし、住民主体の通いの場等へ参加などの社会参加向上を図ります。介護予防手帳等を活用し参加者のセルフケア※12能力を高める働きかけを行います。 ※12 セルフケア…P127 用語集 NO.14
利用期間	3 か月から 6 か月間
対象者	要支援認定者・事業対象者
サービス提供者	委託事業所の専門職
実施方法	事業所委託
現状・方向性	通所型サービスや通いの場につながりにくい利用者がいるため、訪問型サービスＣを通じて、社会参加に向けた支援体制を構築していきます。

	第 7 期計画実績			第 8 期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
利用者数（人）	―	―	―	0	5	5

※第 7 期計画実績は令和 2 年 11 月時点の実績です。

訪問型サービスＤ
通院等及び一般介護予防事業における移動支援や移送前後の生活支援を行うサービスです。 当サービスでは、まちづくりの観点からも有効なサービス類型として捉え、関係部局及び協議体※13で慎重に精査し前向きに検討を進めます。

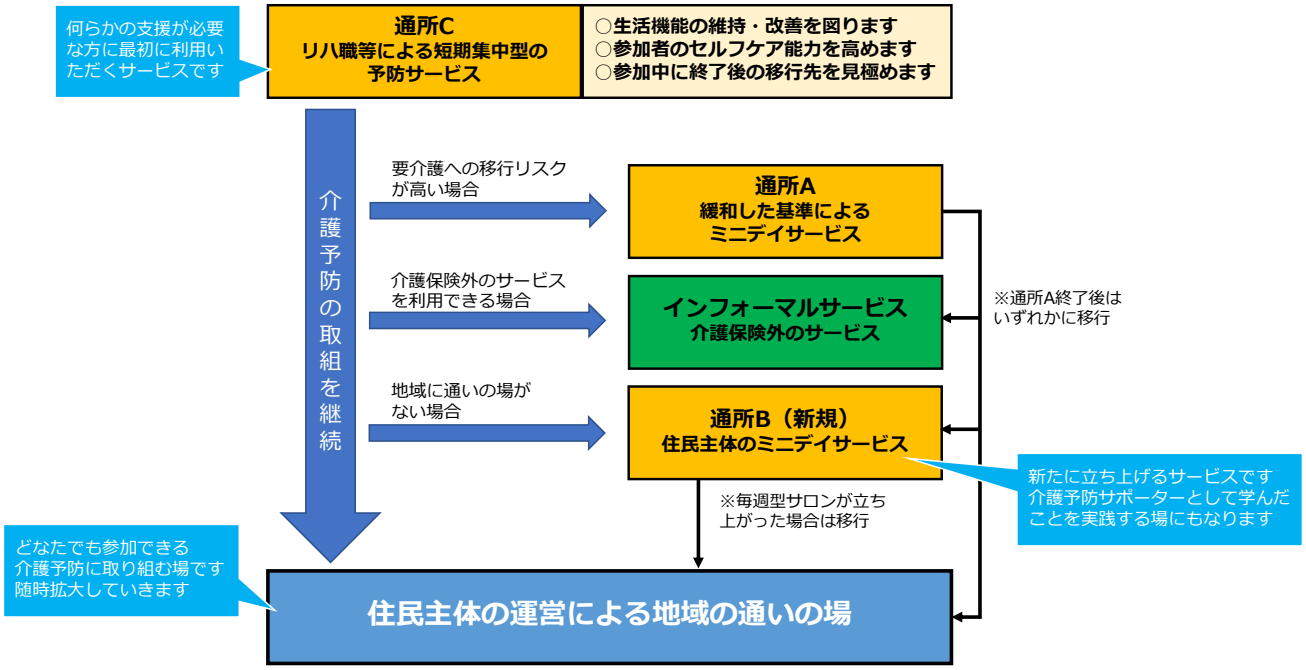
※13 協議体…P126 NO.6

②通所型予防サービス（第１号通所事業）

基本的な流れとして通所型サービスＣを最初に利用し、心身の機能回復とセルフケアの定着を図ります。ご本人の介護予防の取り組みが継続するよう、参加中に終了後の移行先を地域包括支援センターの職員が見極めます。

また、更新や区分変更によって要支援認定となった方についても、ケアマネジメントによりそれぞれの心身の状態にあわせて、地域包括支援センターの職員が、通いの場を決定します。

通所型予防サービス利用のイメージ



通所型サービスＣ	
サービス内容	リハビリ専門職等の訪問によるアセスメントと通所での機能訓練を組み合わせた多職種による短期集中予防サービスです。 心身機能・活動・参加にバランスよくアプローチし、住民主体の通いの場等へ参加などの社会参加向上を図ります。介護予防手帳等を活用し参加者のセルフケア能力を高める働きかけを行います。
利用期間	概ね４か月間（週１回）
対象者	要支援認定者・事業対象者
サービス提供者	委託事業所の専門職
実施方法	事業者委託
現状・方向性	地域包括支援センターへ相談後、本人の状態にあわせて通所型サービスＣ事業へ繋ぎ、心身の機能回復とセルフケアの定着を図り、概ね４か月利用後は住民主体の通いの場へつなげることを目標に取り組んでいます。 当初計画通りに事業遂行が出来ていますが、第８期では目標値をもってPDCA サイクルの運営に努めます。

	第７期計画実績			第８期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
利用者数（人）	105	100	39	100	100	100

※第７期計画実績は令和２年 11 月時点の実績です。

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

	第 7 期計画実績			第 8 期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
利用者数（人）	16	66	29	60	70	70

※第 7 期計画実績は令和 2 年 11 月時点の実績です。

通所型サービス B（拠点型）	
サービス内容	市内の介護予防拠点施設において、生活機能向上のための機能訓練を行うミニデイ、運動、レクリエーションを提供する住民主体によるサービスです。介護予防サポーターの育成及び現任研修の場としての性格もあります。
利用期間	ケアマネジメントによって決定
対象者	要支援認定者・事業対象者であって、通所型サービス A、通所型サービス C を終了された方のうち、 ●歩いて通える場所に毎週型の介護予防に取り組む環境がない方 ●買い物支援及び送迎による参加が必要な方 ●後方支援がある状態での取り組みが必要な方　など
サービス提供者	介護予防サポーター等
実施方法	事業者委託によって住民主体の運営を支援
現状・方向性	介護予防サポーターが中心となって、住民主体の通いの場の運営を行います。 今後も継続して、住民主体の通いの場の運営を支援していきます。

	第 7 期計画実績			第 8 期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
箇所数（箇所）	―	1	0	0	1	2

※第 7 期計画実績は令和 2 年 11 月時点の実績です。

③介護予防ケアマネジメント

地域包括支援センターが指定介護予防支援事業者として、本人の意向や心身の状態、家族の意向等を確認したうえで、訪問型サービス、通所型サービス等、本人の自立支援や介護予防に向けて必要なサービスを検討し、本人の状態等にあった適正なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行います。

相談窓口や関係機関との連携による要支援のハイリスク者を早期に把握し、要支援・要介護の重症化予防対策として、介護予防及び日常生活支援サービスについてケアマネジメントを実施しています。

今後も、要支援のハイリスク者を早期に把握し、要支援・要介護の重症化予防対策できるよう、利用者の状態等にあった適切なサービスが包括的・効率的に提供されるよう必要な支援を行います。

（３）一般介護予防事業の推進

①介護予防把握事業

75 歳到達時の後期高齢者医療被保険者証交付時における質問票の実施や、本人及び家族等からの相談、関係機関との連携により、閉じこもりなどの何らかの支援を必要とする方の早期把握をし、必要に応じて地域包括支援センターの職員による訪問活動に取り組んでいます。

今後も、介護予防・生活支援サービス事業や住民主体の通いの場等へつなげるため、地域包括支援センターによる訪問活動を継続します。

②いきいき教室（介護予防普及啓発事業）

65 歳以上の方を対象に、運動、栄養、口腔に関する介護予防を支援する教室を、各地区で開催します。

現在、各地区へ地域包括支援センターの職員が出前講座形式で開催していますが、前期高齢者の参加者が少ない状況となっています。

今後はいきいき教室に看護師などの専門職を派遣し、フレイルに関する普及啓発や、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に係る事業と連携するなど、前期高齢者への普及啓発の方法を検討します。

また、第 8 期期間中に、3 年かけて 110 の行政区に出向いて普及啓発を行います。

	第 7 期計画実績			第 8 期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
出前講座実施箇所数（箇所）	107	15	2	36	36	38
参加者数（人）	1,579	306	14	540	540	570

※第 7 期計画実績は令和 2 年 11 月時点の実績です。

③定期訪問・見守り活動事業（地域介護予防活動支援事業）

75 歳以上の独居高齢者、または 80 歳以上の高齢者のみの世帯などの要援護者に対して、地域住民の訪問による安否確認を促進する事業です。

阿蘇やまびこネットワーク（シルバーヘルパーや福祉協力員、婦人会等）により、地域の認知症高齢者の方も含め見守り活動を行っています。

また、見守り活動を通して気になる方には、地域包括支援センターの職員による連絡、または訪問支援を行っています。

2020 年（令和 2 年）度は、新型コロナウイルス感染拡大防止のため、訪問に加えてお知らせ端末を活用し、顔の見える方法による支援を行いました。

今後は、見守り活動を行う地域住民に対して、フォローアップ研修等の開催や、お知らせ端末の活用も推進します。

お知らせ端末とは

みんながつながる IP 告知放送機器「お知らせ端末」は、双方向告知送信システムを利用した機器で、阿蘇市と産山村に整備された光ネットワークにより、行政と住民が双方向でやりとりができる新しいコミュニケーションツールです。

お知らせ配信イメージ

阿蘇やまびこネットワークとは

阿蘇では「ボランティア」という言葉が生まれるずっと前から「結い」「かちゃり」「隣組」という自然発生的なたすけあいの組織がありました。

代々受けつがれてきたこの「たすけあい」「ささえあい」の輪を福祉の分野に活かしたものです。

④地区サロン活動事業（地域介護予防活動支援事業）

行政区の高齢者人口の 1 割以上が参加する通いの場を目指し、住民が主体となって取り組む通いの場における運動や体操を促進する事業です。

地域にお住まいの住民が気軽に集える場所をつくることで、「仲間づくり」「出会いの場づくり」「健康づくり」をするための活動です。現在、毎月 2 回以上または毎週型のサロンが 85 箇所程立ち上がりました。しかし、参加者の高齢化による参加者の減少やサロンリーダーの担い手不足が課題となっています。

今後も、住民主体の通いの場づくりを増やすためにサロンリーダーの担い手育成に努めます。

⑤一般介護予防評価事業

地域づくりの観点から日常生活支援・総合事業全体を評価し、通いの場参加者の評価や効果分析を行うなど、その評価結果に基づき事業全体を改善していくよう努めます。

⑥地域リハビリテーション活動支援事業

介護予防活動におけるリハビリテーション効果を高めるため、通所、訪問、通いの場等へのリハビリ専門職等の派遣を行い、助言等を行うための事業です。

阿蘇地域リハビリテーション広域支援センターのリハビリ専門職を講師に、サロンリーダー養成講座やケアマネジャー[※14]研修会を開催しています。

今後も、阿蘇地域リハビリテーション広域支援センターと連携し介護予防事業等の支援を継続します。

[※14]ケアマネージャー…P127 用語集 NO.8

（４）事業評価に基づく総合事業 PDCA サイクル構築

今後、介護予防サービスの評価に加えて、総合事業全体の有効性に関してＰＤＣＡサイクルを構築するため、自立支援に向けた環境整備を主とした年度ごとの評価が可能な数値目標を定め、毎年評価を行っていく仕組みの創出を目指します。

関係機関の連携の場として、介護予防部門・介護給付部門・保健部門など関係する部署（福祉係・地域包括支援センター）が毎月１回集まって評価項目の達成状況をモニタリングし、第三者評価を行った上で、地域包括支援センター運営協議会[※15]へ報告を行う取り組みを推進します。 [※15]地域包括支援センター運営協議会…P128　NO.20

《再掲》

	2021 年 (令和３年)度	2022 年 (令和４年)度	2023 年 (令和５年)度
１．事業の有効性			
１-1　介護予防の推進			
①1 号被保険者新規要介護（要支援）認定者発生率	4%以下	4%以下	4%以下
②1 号被保険者要介護（要支援）認定率	21.0%	20.0%	19.5%
③主観的健康観の高い者の割合※１		＋10%	
④主観的幸福感の高い者の割合※１		＋10%	
⑤週１回以上社会参加者割合※1		＋10%	
1-2　自立支援に向けた環境整備			
⑥週１回以上通いの場の個所数	５０か所	５５か所	６０か所
⑦週１回以上通いの場の参加者割合	１２％	１３％	１５％
⑧通所Ｃ・訪問Ｃからの通いの場への接続件数	３０件	３０件	３０件
⑨保健事業から地域包括支援センター等への接続件数	３０件	３０件	３０件
２．事業の効率性			
①　予防給付と総合事業総額の伸び率	後期高齢者数の伸び率を下回る		
②介護給付・予防給付・総合事業総額の伸び率	後期高齢者数の伸び率を下回る		

※１③・④・⑤は３年に１度の日常生活圏域ニーズ調査を用いて評価を行います。

第５節　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の推進

高齢化率が高くなる中、若い世代への負担をできるだけ軽減し、社会保障費の安定を図るために、健康な高齢者を増やし、健康寿命を延伸することが重要です。

高額な医療費は、高血圧、糖尿病などの基礎疾患から脳、心、腎などの臓器障害へと移行した場合に多く見られ、またそれらの疾患は、骨折や認知症など要介護状態への影響もみられています。本市は、特にメタボに起因する糖尿病が多く、特定健康診査はもちろん、30 代の健康診査でも糖代謝の有所見者は多く、また後期高齢者健診でも国や県に比べ糖代謝の有所見者が多くなっており、全世代での健康課題となっています。国保の特定健康診査からの予防活動を後期高齢者の保健事業につなぎ、生活習慣病の重症化予防を軸に一体的な事業を展開することにより健康寿命の延伸を図ることを目的として実施します。

国保データベース（ＫＤＢ）システム[※16]を活用した地域の健康課題の分析及び明確化と保健指導対象者の把握を行い次の事業を行います。また一体的実施事業にかかわる関係者間で会議を開催し、課題の検討や評価を行います。

[※16]国保データベース（KDB）システム…P127 用語集 NO.9

①高齢者に対する個別支援（ハイリスクアプローチ）

健診、医療の分析では、高血糖者や糖尿病治療者が国、県、同規模町村に比較して多く、また、糖尿病と高血圧を併せ持つ人の割合も同様に高くなっています。これらの対象は、重症化のリスクが高いため、保健指導を実施することにより、重症化を予防していきます。また、健康状態不明者を抽出し、実態を把握し、健診や医療への接続、必要なサービスへの接続を図ります。

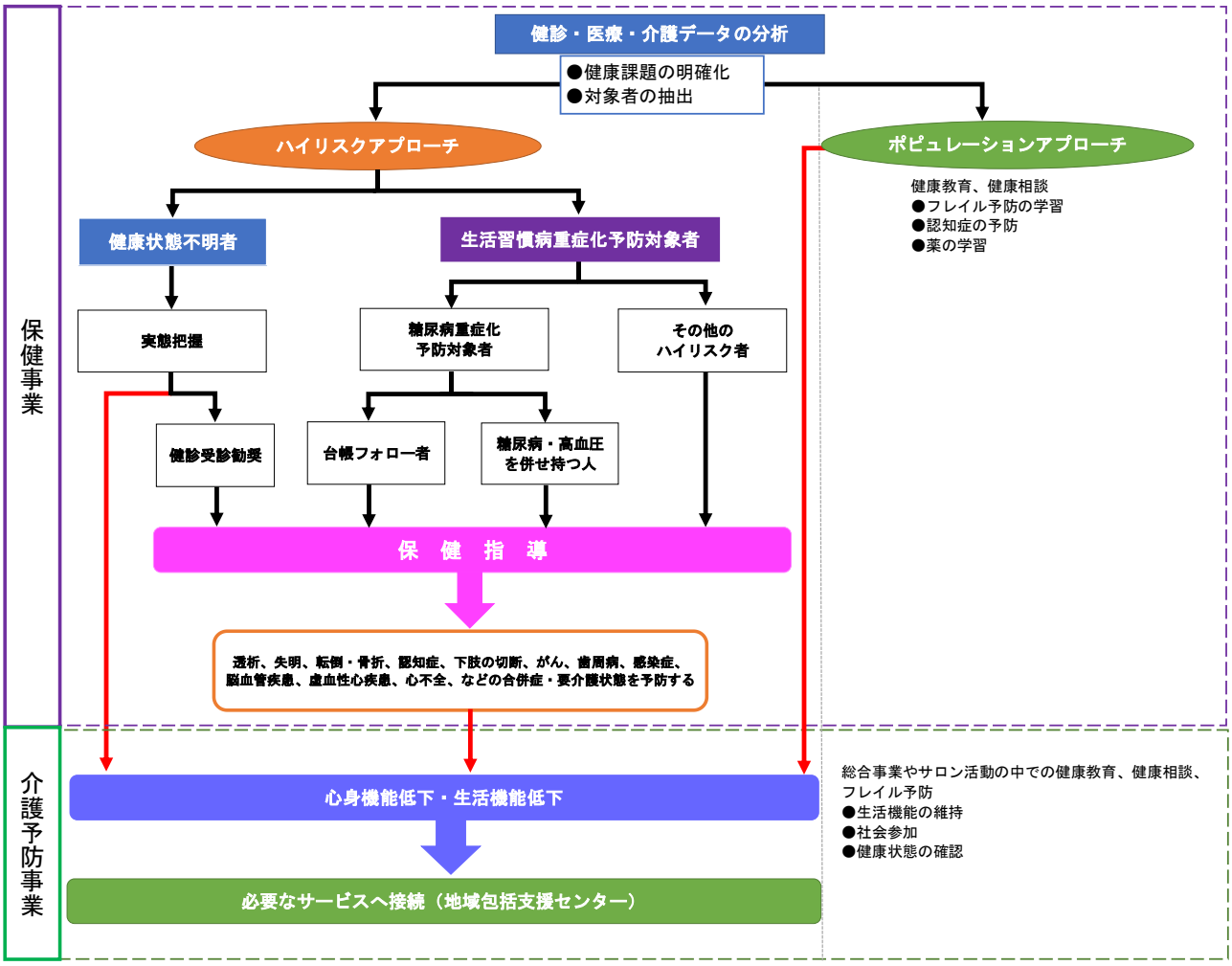
②ポピュレーションアプローチ

市民に市の健康課題、現状も伝えながら、健康づくり、介護予防、社会保障等に関する、知識の普及、意識の啓発を図るために、健康教育を実施します。

75 歳到達者を対象に、フレイル予防や認知症予防に関する健康教育を実施していますが、複合健診時などの機会も利用しながら、健康教育の機会を増やしていきます。

③介護予防事業への接続

ハイリスクアプローチ対象者に対する保健指導や、ポピュレーションアプローチの場面での質問票を活用した健康相談等で生活機能の低下を把握した高齢者に対しては、地域包括支援センターに随時つなぎ、必要な介護予防サービスの調整、提供を行い、生活機能の維持、改善を図ります。



フレイルとは

身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすい状態。

（１）高齢者の生活習慣病の重症化予防

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

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

	第７期計画実績			第８期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
訪問実施件数（件）	―	―	150	300	300	300

（２）高齢者の心身機能の低下防止

生活習慣病重症化予防を目的とした個別訪問や及び後期高齢者健診で把握されたフレイルの疑いがある高齢者に対して、必要に応じて地域包括支援センターへつなぎ、地域の通いの場への接続や、身体的フレイルに該当する高齢者に対しては、通所型サービスＣへの接続など、必要なサービス利用への調整を図ります。

	第７期計画実績			第８期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
訪問支援等から地域包括支援センター等への接続件数(件)	―	―	12	30	30	30

第２章　認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって暮らせる体制の整備

第１節　認知症への正しい理解と相談窓口の周知、本人発信支援の推進

（１）認知症サポーターの養成

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

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

今後は、認知症の人と地域で関わることが多いと想定される小売業・金融機関・公共交通機関等の従業員等に対する養成講座の開催に努めます。

また、キャラバン・メイトのフォローアップ研修等への積極的な参加を促す等、活動できる認知症サポーターの育成に努めます。

	第７期計画実績			第８期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
認知症サポーター養成講座開催数（回）	22	33	4	20	24	25
認知症サポーター養成数（人）累計	9,419	10,204	10,312	10,412	11,112	11,512
キャラバン・メイト数（人）	6	6	6	10	10	10
認知症サポーター上級者数（人）	―	―	―	10	10	10

※第７期計画実績は令和２年 11 月時点の実績です。

（２）認知症サポーターの活動の活性化

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

今後は、これまで養成講座を受講した方へのステップアップ講座を実施し、新しい情報共有や次のステップとして認知症との関わりの深い成年後見制度について学べる機会を検討します。

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

（３）認知症相談窓口の周知に向けた取り組みの推進

本市の日常生活圏域ニーズ調査において、「認知症に関する相談窓口を知っているか」の問に対し、「知っている」と回答した方が 34.1%と認知度が低い結果が出ています。

認知症の前段階と言われる軽度認知障害（MCI）は、適切な対応をとらなければ、認知症になる確率が非常に高い状態です。また、認知症の予防に生活習慣が関わっていることがわかっており、軽度認知障害の段階での早期発見・早期対応が重要となるため、認知症ケアパスの配布や市の広報誌等を活用し、幅広く認知症相談窓口の周知を図ります。

（４）認知症の人本人からの発信支援の推進

2019 年（令和元年）度に示された認知症施策推進大綱の中で、「希望大使」が創設されました。これは、認知症の人本人が体験や思いをまとめた「認知症とともに生きる希望宣言」を作成し、希望を持って前を向き自分らしく暮らし続けることを目指したものです。認知症の人本人が、認知症のこと、地域や生活のこと、家族のことなどを語る機会を増やすことで、認知症の理解を深めることにつながります。

今後は、「認知症家族の会」への参加等で、認知症の方の話を聞く機会を増やし、認知症の人本人が発信しやすい環境づくりができるよう努めていきます。

第２節　認知症の予防の推進

（１）認知症の予防についての理解の促進

2019 年（令和元年）度に示された認知症施策推進大綱では、「認知症はだれもがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、 多くの人にとって身近なものとなっています。認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を両輪として施策を推進していく」とされています。

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

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

（２）物忘れがある人が安心して参加できる通いの場の展開

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

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

認知症地域支援推進員とは

認知症の人の状態に応じて必要なサービスが適切に提供されるように、医療機関や介護サービス、地域の支援機関の間の連携支援や、認知症の人やその家族を対象とした相談業務などを行う者のことです。2018 年（平成 30 年）度からすべての市町村が地域包括支援センター、民間の医療機関、介護保険事業所などに配置することとされており、各市町村が進めている認知症施策の推進役、そして地域における認知症の人の医療・介護等の支援ネットワーク構築の要役として、地域の特徴や課題に応じた活動を展開しています。

本市では、認知症地域支援推進員を地域包括支援センターに 1 名、認知症疾患医療センター[※17] に 1 名配置しています。

[※17] 認知症疾患医療センター…P128 NO.21

第３節　認知症医療・ケア・介護サービス・介護者への支援の推進

（１）認知症初期集中支援チームの活動の充実

認知症初期集中支援チームとは、認知症の人やその家族に対して、認知症かどうか診断のため受診を促したり、適切な医療サービスや介護サービスを紹介したりするために、認知症の専門知識をもった看護師・社会福祉士などのチーム員がご自宅に訪問して、お困りごとを伺い、一緒に解決策を考えるなど一定期間（おおむね６ヶ月以内）集中的に支援するチームのことです。

また、本市では認知症地域支援推進員を地域包括支援センターに１名、認知症疾患医療センターに１名配置し、相談者に対して適切な専門医療機関へ繋げています。

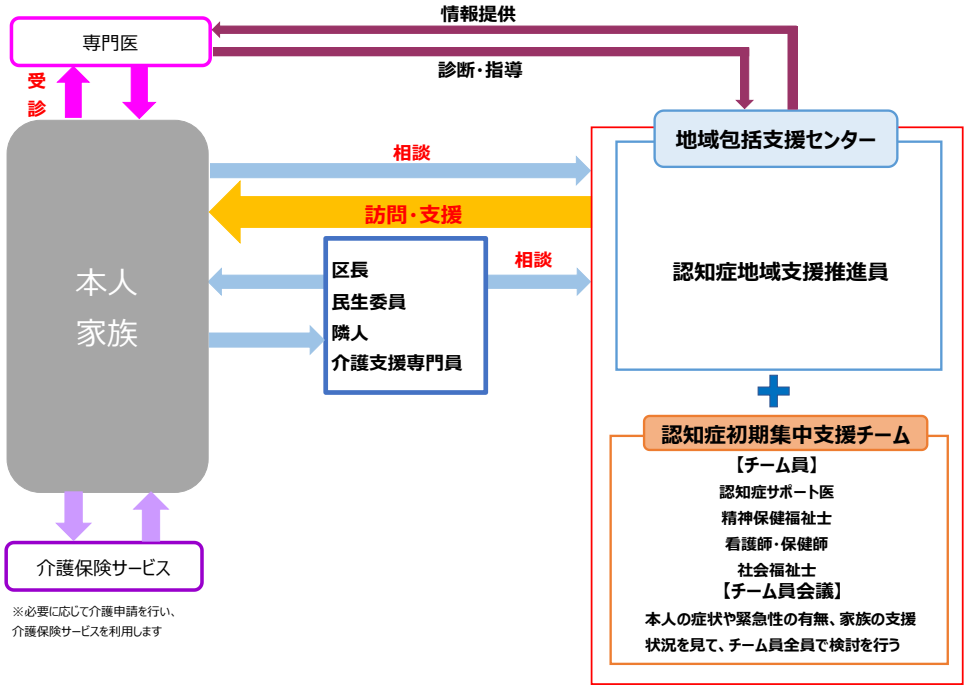
さらに、連携会議（認知症疾患医療センター、市、地域包括支援センター）を開催し情報共有を行っています。

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

	第７期計画実績			第８期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
認知症初期集中支援チーム数	1	1	1	1	1	1
連携会議（年/回）	6	6	0	6	6	6
認知症地域支援推進員数	2	2	2	3	3	3

※第７期計画実績は令和２年11月時点の実績です。

【認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員イメージ図】



（２）認知症ケアパスの普及・啓発

認知症ケアパスは、認知症の方の状態に応じた適切なサービス提供の流れを示したもので、介護保険サービスや地域支援事業、民間事業者や地域組織が提供するサービスなどの社会資源を掲載するものです。まずは地域包括支援センターへ相談ができるよう第７期期間に認知症ケアパスの見直しを行い、住民への配布を通じて普及啓発を行っています。

今後は、認知症ケアパスを積極的に活用することで、認知症の方やその家族、地域の医療・介護関係者が連携の仕組みを理解できるよう努めます。

【阿蘇市認知症ケアパス】

（３）多職種連携による認知症カフェの設置の推進

認知症カフェは、認知症の人とその家族が気軽に立ち寄れるカフェのことで、利用者を限定せず、認知症の当事者、家族、地域住民、介護や医療の専門職などさまざまな方が集い、認知症の人やその家族の悩みを共有し合いながら、専門職に相談もできる場所となっています。

本市では、認知症カフェを５ヶ所（池尻団地みんなの家、阿蘇保健福祉センター、赤仁田集会所、内牧５区公民館、阿蘇温泉病院春草苑）設置し、各会場月１回ずつ開催しています。

定期的に認知症カフェを開催することで、馴染みの場所となりご本人の居場所となっている反面、参加者の固定化が課題となっています。

今後は、誰もがいつでも参加できるよう、運営方法の見直しを行います。

また、本市の医療機関内での認知症カフェの設置や認知症対応推進医師（くまもとオレンジドクター）及び認知症対応推進看護師（くまもとオレンジナース）が従事している医療機関と連携し、より専門職と関われる認知症カフェの設置を推進します。

	第７期計画実績			第８期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
認知症カフェ設置数（累積）	5	5	5	5	6	6

※第７期計画実績は令和２年11月時点の実績です。

（４）認知症の人の家族に対する支援の推進

認知症の家族向け講座（研修や実習）を開催し、介護者の負担軽減を図るとともに、様々な支援を行えるよう、行政をはじめ、地域包括支援センター、介護事業所、医療機関等の関係機関と連携を強化し、情報提供に努めます。

また、「認知症カフェ」への参加を呼びかけ、介護者家族同士の交流を深めることにより、家族の精神負担を和らげるよう努めます。

（５）認知症の人を見守るネットワークの構築

認知症になっても、できる限り住み慣れた地域の中で、自分らしく暮らし続けることができるよう、見守りが必要な方については、地域見守り隊や阿蘇やまびこネットワークを活用し、地域の方同士で見守りを行っています。また、見守りを通じて気になる事は地域包括支援センターへ情報が届くよう体制を整えています。

今後も地域のつながりを活用した認知症の人を見守るネットワークを推進します。

（６）介護従事者の認知症対応能力の向上の推進

厚生労働省は 2018 年（平成 30 年）度に「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定に基づく意思決定支援ガイドライン」を定め、行政・医療従事者・介護従事者に向けた認知症対応能力の向上の推進を図っています。

本計画においては、県が主催する研修会との整合性を取りながら、介護従事者の認知症対応能力の向上の推進を図ります。

（７）若年性認知症の人への支援

認知症は、一般的に高齢者に多い病気ですが、65 歳未満で発症した場合、「若年性認知症」とされます。若年性認知症は、働き盛りの世代で発症するため、ご本人だけでなく、ご家族の生活への影響が大きくなりやすい特徴があります。

さらに、ご本人や配偶者の親の介護が重なることもあり、介護の負担が大きくなります。

このように若年性認知症は社会的にも大きな問題ですが、企業や医療・介護の現場でもまだ認識が不足している現状です。

全国的に、若年性認知症の人の居場所づくり、就労・社会参加等を支援していますが、若年性認知症に対応できる事業所が少ないため、居場所の確保が課題となっています。

本市では、若年性認知症の方でも社会参加できるよう受け入れに協力してくださる事業所を募り、居場所づくりの推進を図ります。

（８）認知症の人の意思決定に基づく本人支援の推進

厚生労働省が定めた認知症の人の日常生活･社会生活における意思決定に基づく意思決定支援ガイドラインでは､｢普段から､我々一人一人が自分で意思を形成し､それを表明でき､その意思が尊重され､日常生活・社会生活を決めていくことが重要であることは誰もが認識するところで､このことは､認知症の人についても同様である｡認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定支援の基本的考え方（理念）や姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理して示し、これにより、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることを目指すものである」とされています。

前述した行政・医療従事者・介護従事者の認知症対応能力の向上を図りつつ、認知症の人の意思決定に基づく本人支援の推進として､認知症カフェを起点として認知症サポーターや認知症地域支援推進員を中心とした「チームオレンジ」の設置を推進します。

	第７期計画実績			第８期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
チームオレンジ設置数	―	―	―	1	1	1

※第７期計画実績は令和２年 11 月時点の実績です。

チームオレンジとは

ステップアップ講座を受講した認知症サポーター等が支援チームを作り、認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的（外出支援、見守り、声かけなど）な支援等を行います。

支援等を行う際は、チームリーダーによる認知症の人やその家族とチームオレンジメンバーの結びつけを行います。

第４節　高齢者の虐待防止・権利擁護の推進

（１）成年後見利用促進計画の推進

①成年後見制度の概要

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

また、成年後見制度の利用促進を図ることを目的に、平成 28 年 5 月に「成年後見制度の利用の促進に関する法律（平成 28 年法律第 29 号）」が施行され、市町村は、国が策定した「成年後見制度利用促進基本計画」を勘案し、成年後見制度の利用の促進に関する施策についての基本的な計画を定めるよう努めることとされました。

②権利擁護支援の地域連携ネットワークの構築

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

この地域連携ネットワークにおいては、①権利擁護支援の必要な人の発見・支援、②早期の段階から相談・対応体制の整備、③意思決定支援・身上保護を重視した成年後見制度の運用に資する支援体制の構築という３つの役割を担うことを念頭に、広報機能・相談機能・成年後見制度利用促進機能・後見人支援機能の４つの機能を段階的・計画的に整備し、不正防止の効果を高める体制の構築に努めます。

③成年後見制度利用促進の中核となる機関の設置・運営

本市における権利擁護の支援や成年後見制度の利用促進をさらに推進するためには、全体構想設計とその実現に向けた進捗管理・コーディネート等を行う司令機能をもった機関の設置が必要です。

今後、成年後見制度の中核機関設置について、市と阿蘇市社会福祉協議会において検討を行います。

（２）高齢者の虐待防止の推進

①高齢者虐待防止に関する啓発の充実

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

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

高齢者虐待の相談・通報窓口、事実確認、適切な措置等を図るため、地域包括支援センターに相談窓口を設置しています。

高齢者虐待の防止や権利擁護の推進にあたっては、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などを通じて、関係機関の連携による啓発活動を展開します。高齢者虐待が発生しないよう、また、発生した場合は早期発見につながるよう、広報紙等を活用した相談窓口の普及・啓発に努めます。

【高齢者虐待の類型】

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

②虐待防止機能の強化

高齢者虐待を早期に発見し、問題の深刻化を防ぐためには、近隣住民をはじめ地域の民生委員・児童委員や自治会などの地域組織、介護保険サービス事業者など高齢者を取り巻く様々な関係者が高齢者虐待に対する理解を深め、虐待の兆候に気づくことが大切です。

本市では、阿蘇市虐待防止連絡協議会を定期的に開催し、高齢者虐待対策、認知症対策、要保護児童等対策、DV 対策及び障害者虐待に関する諸問題について、関係機関の連携による組織的な対応を図っています。

今後も、市や地域包括支援センター、警察、民生委員・児童委員等との連携を強化し、関係機関とのネットワークの整備を行うことで、高齢者虐待の早期発見・支援体制を整備するとともに、高齢者虐待に関する情報の共有化に努めます。

（３）高齢者の消費者被害の防止の取り組みの推進

本市の消費生活相談窓口は、2005 年（平成 17 年）10 月にスタートしましたが、相談受付体制の充実を図るため、2012 年（平成 24 年）４月１日より阿蘇市消費生活センターを開設しています。

これまで、高齢者を狙った悪質商法や、振り込め詐欺等の相談が多く寄せられていましたが、近年、携帯電話等のデジタルツールの普及にともない、全国的に高齢者のデジタル消費トラブルが増加傾向にあります。

今後は、消費生活センターと連携し悪質商法や、振り込め詐欺等の対策以外にデジタルツールの正しい使い方や、被害にあった場合の解決方法についても、出前講座、広報誌等を活用し周知・啓発に取り組み、被害の未然防止及び拡大防止を図ります。

第３章　在宅でも安心して暮らせるための医療と介護の連携・在宅医療基盤の充実

第１節　在宅医療・介護の連携の推進

（１）在宅医療・介護連携推進事業の推進

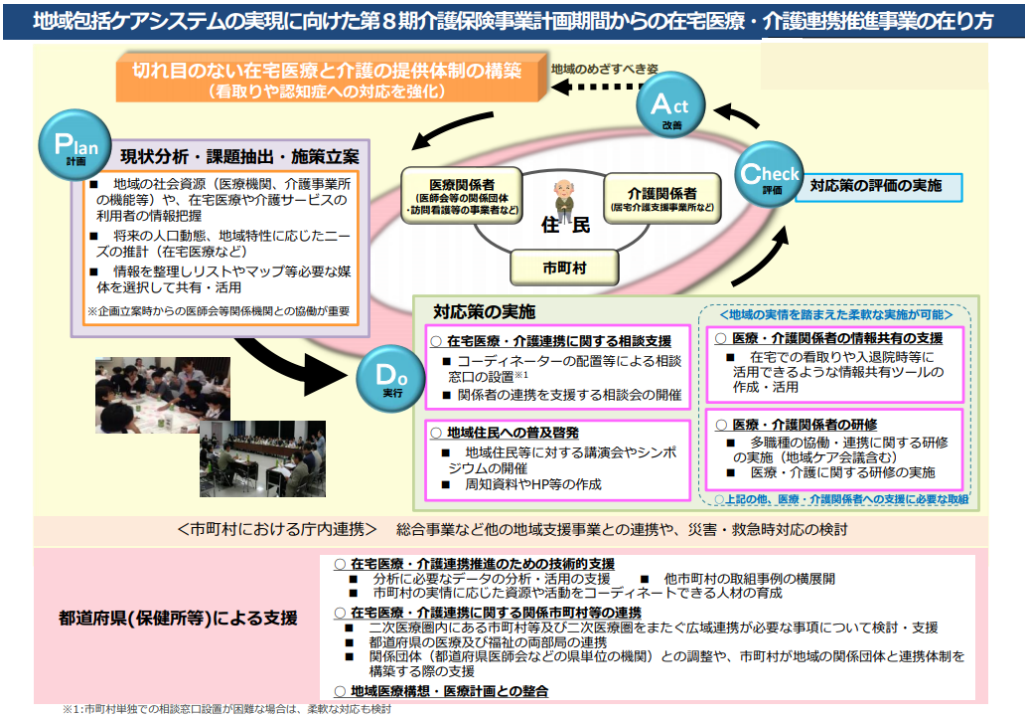
疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けるためには、地域における医療・介護の関係者が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要です。そのため、在宅医療・介護に資する社会資源の情報収集及び整理、課題の抽出・対応策の検討、地域住民への普及啓発、医療・介護関係者の研修、関係市町村の連携・情報共有を行います。

国の示す在宅医療・介護連携推進事業の８項目（ア）から（ク）については、一般社団法人阿蘇郡市医師会へ事業委託していますが、現在は「在宅医療システム研究会」を立ち上げ取り組んでおり、阿蘇郡市７市町村や関係医療機関、介護保険サービス提供事業所等関係団体と連携強化を図っています。

今後は、在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver.3 を参考にしながら、医師会をはじめとする阿蘇郡市７市町村の連携強化を図り、関係各機関・関係団体との役割分担のもと、在宅医療・介護連携推進事業の推進を図ることで、包括的かつ継続的な在宅医療と介護の一体的な提供体制を整備します。

また、PDCA サイクルを進めながら、関係各機関・関係団体と在宅医療・介護連携に関する課題の抽出や対応策の検討を行います。

《在宅医療・介護連携推進事業の８つの事業項目の進め方のイメージ》



※2020 年（令和２年）９月　厚生労働省老健局老人福祉課「在宅医療･介護連携推進事業について」ver.3 から抜粋

【主な取り組み】

在宅医療・介護連携推進事業
ア　地域の医療・介護の資源の把握
地域の医療機関、介護事業所等の住所・連絡先・機能等を把握し、在宅システム研究会のホームページに掲載しました。今後は、地域内の医療・介護関係者や住民に対し、地域内の医療・介護資源の情報提供、必要量や資源量の将来推計について検討していきます。
イ　在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討
地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、対策等の検討を行っています。今後は各市町村の地域ケア会議等での課題を共有できる体制づくりを推進していきます。
ウ　切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
在宅医、訪問看護師等の医療資源の把握を行っており、今後は地域住民の在宅医療・介護に関するニーズの把握を検討することとしています。 また、地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取り組みを行っていきます。
エ　医療・介護関係者の情報共有支援
患者・利用者の在宅療養生活を支えるために、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が図られるよう、情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備します。また、媒体の利活用の状況を定期的にモニタリングし、見直していきます。
オ　在宅医療・介護連携に関する相談支援
地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの在宅医療・介護連携に関する相談に対応するための相談窓口を一般社団法人阿蘇郡市医師会に設置し、相談支援を行います。また、必要に応じて、退院の際の調整や利用者や家族の要望を踏まえた医療・介護機関の紹介等を行います。
カ　医療・介護関係者の研修
阿蘇圏域の医療・介護関係の多職種によるグループワーク研修を行っています。今後は、関係者へのヒアリングやアンケート等による研修ニーズ・課題を把握します。
キ　地域住民への普及啓発
在宅医療・介護に関する講演会の開催やパンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を深めます。

ク　在宅医療・介護連携に関する他市町村との連携
中部地区（阿蘇市・産山村）では、定期的な情報共有の場を持ち、連携体制を構築しています。また、阿蘇圏域の関係市町村が連携して、広域的な取り組みが必要な課題の抽出・整理を行い、関係団体等との連携を含めた解決策を検討していきます。

（２）多職種連携体制づくりの推進

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

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

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

（３）在宅医療・在宅介護の普及啓発

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

（４）くまもとメディカルネットワークの活用促進

医療と介護連携を推進するにあたっては、ICT（情報通信技術）の活用が有効です。熊本県においては、熊本県医師会をはじめ、熊本大学病院、県、関係団体が連携のもと、ICT を活用し、県内の病院、診療所、薬局、地域包括支援センター、介護関係施設等をネットワークで結び、診療情報等の迅速な共有や、医療と介護の切れ目のない連携を図ることを目的として、「くまもとメディカルネットワーク」が平成 27 年 12 月から開始されています。同システムは阿蘇郡市の医療機関等における導入は進んでいるものの、参加者となる地域住民の同意があって初めて機能するものとなります。

また、病院、診療所、薬局、介護関係施設では、ICT を活用することで、水害時には紙情報の消失を防ぐことができ、その他の災害時においても迅速な情報共有を行うことができます。

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

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

第２節　地域包括支援センターの機能強化と地域マネジメントの推進

（１）地域包括支援センターの機能強化

①業務状況等の評価・点検

地域包括支援センターは、保健、介護、福祉という３分野の専門職が連携し、地域の医療機関、介護（介護予防）サービス事業者、ボランティアなどと協力しながら地域の高齢者のさまざまな相談に対応する機関です。本市では地域包括支援センターを阿蘇市社会福祉協議会に委託して実施しています。

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

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

②人員体制の充実

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

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

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

（２）包括的支援事業の推進

①総合相談支援業務

本人、家族、近隣の住民、地域のネットワーク等を通じた様々な相談を受けて、的確な状況把握を行い、専門的・継続的な関与又は緊急対応の必要性を判断します。適切な情報提供を行うことにより、相談者自身が解決可能と判断した場合には、相談内容に即したサービス又は制度に関する情報提供、関係機関の紹介等を行います。

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

今後も、介護保険サービスを含めた地域における適切なサービスを受けることができるよう、サービス実施機関及び居宅介護支援事業所等との連絡調整を行います。

なお、高齢者人口の増加により、独居や高齢者夫婦世帯、認知症高齢者や在宅医療・介護連携を必要とする方や様々な問題を抱えた高齢者など相談内容も多様化しているため、相談支援や他機関等の連携の強化を図ります。

②包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

包括的・継続的マネジメント事業は、ケアマネジャーや、多職種・地域の関係機関との連携を通じてケアマネジメントの後方支援を行うことを目的とし、包括的・継続的なケア体制の構築、地域における関係期間のネットワーク及び信頼関係の構築、ケアマネジャーに対する個別支援を行っています。

ケアマネジャーに対する研修を定期的に開催できるよう、開催計画を検討します。

③指定介護予防支援事業

要支援１または要支援２の認定者が､介護保険の介護予防サービス及びそれ以外の必要な医療・保健・福祉サービスを適切に利用できるよう、要支援者からの依頼を受けて、心身の状況や生活環境、本人や家族の希望等を考慮し、利用するサービスの種類や内容等を定めた介護予防サービス計画（ケアプラン）を作成するとともに、計画に基づくサービス提供が確保されるよう、サービス提供事業者等との連絡調整等を行って支援します。

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

サービスの提供が確保されるよう、関係機関との調整及びインフォーマルサービス[※18]の活用を行います。

[※18]インフォーマルサービス…P126 用語集 NO.3

（３）地域ケア会議を中核とした地域支援事業の連動性向上

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進する事業です。

現在、専門職が参加する個別ケースの検討会議に加え、自立支援型のケアマネジメントによる地域ケア会議を毎月 1 回以上開催しています。

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

	第 7 期計画実績			第 8 期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
地域ケア会議開催数（回）	10	21	12	24	24	24

※第 7 期計画実績は令和 2 年 11 月時点の実績です。

第４章　住み慣れた地域で生活するための環境づくりの充実

第１節　地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進

「地域共生社会」とは

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

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

（１）包括的支援体制の構築

近年、高齢化や単身世帯の増加、社会的孤立などの影響により、人々が暮らしていくうえでの課題は、様々な分野の課題が絡み合って「複雑化」し、また、個人や世帯において複数の分野にまたがる課題を抱えるなど「複合化」しています。これらの課題を的確に対応するため、また、各制度の相談支援機関を総合的にコーディネートするために、相談者等が抱える課題の把握、各相談支援機関等で実施すべき支援の基本的な方向性等に関するプランの作成、相談支援機関等との連絡調整、相談支援機関等による支援内容等に関する指導・助言等の業務を実施する相談支援包括化推進員を配置し、チームとして包括的・総合的な相談体制の構築を目指します。

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

（２）共生型サービスの普及に向けた取り組みの推進

2018 年（平成 30 年）度より、介護保険サービスと障害福祉サービスを一体的に実施する共生型サービスが新たに創設されました。地域共生社会の実現に資する共生型サービスについて、市内事業所への意向調査及び施設整備に係る支援制度の情報提供を行うなど、共生型サービスの普及に向けた取り組みを検討します。

第２節　高齢者福祉事業の提供

（１）老人日常生活用具給付等事業

高齢者が安心した火災予防生活を送る為に、おおむね 65 歳以上の低所得の高齢者で一人暮らし等の方に対し、介護保険の対象とならない防火に関する日常生活用具（電磁調理器・自動消火器・火災警報機）の給付や老人用電話回線の貸与を行います。

	第７期計画実績			第８期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
日常生活用具給付者数（人）	5	3	2	5	5	5
老人用電話回線の貸与者数（人）	0	0	0	1	1	1

※第７期計画実績は令和２年 11 月時点の実績です。

（２）食の自立支援事業

「食」の自立の観点からひとりひとりに適切な「食」に関わるサービスを提供する事業です。

おおむね 65 歳以上の一人暮らし等の高齢者で、自分で調理ができない方や困難な方に対し、週３回（月・水・金）の夕食を直接自宅までお届けするとともに、利用者の安否確認を行います。

	第７期計画実績			第８期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
利用者数（人）	69	73	78	80	85	90
延配食数	6,931	7,490	4,690	8,000	8,500	9,000

※第７期計画実績は令和２年 11 月時点の実績です。

（３）おでかけサービス事業（タクシー券の交付）

要支援･要介護認定を受けた方で一人暮らし又は高齢者のみの市民税非課税世帯等の方で、自家用車を所有せず、一般の交通機関での移動が困難な方を対象に、市内のタクシー会社を利用した際に使用できる 500 円のタクシー券をひと月当たり 4 枚交付します。

	第 7 期計画実績			第 8 期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
利用者数（人）	242	231	227	250	250	250

※第 7 期計画実績は令和 2 年 11 月時点の実績です。

（４）介護用品の支給

介護している家族を支援するため、在宅の寝たきり等の要介護 3・4・5 の方で、かつ市民税非課税の方のうち、紙おむつ等が必要な方に紙おむつ等の現物支給を行います。

	第 7 期計画実績			第 8 期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
利用者数（人）	114	96	101	110	110	110

※第 7 期計画実績は令和 2 年 11 月時点の実績です。

（５）高齢者安心ネットワーク体制整備事業

一人暮らし等の高齢者の方に緊急通報装置（ボタンを押すだけで緊急通報センターへ通報できる機器）を貸与し、急病などの緊急時の通報や様々な相談事に 24 時間対応するサービス提供を行います。

	第 7 期計画実績			第 8 期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
利用者数（人）	101	113	100	110	110	110

※第 7 期計画実績は令和 2 年 11 月時点の実績です。

（６）施設入所者在宅復帰支援事業の提供

介護保険施設入所中の方の在宅復帰に対して、一時帰宅中に利用するサービスの利用料の一部を助成しています。対象となるサービスは、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、福祉用具貸与です。

	第７期計画実績			第８期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
利用者数（人）	0	0	0	2	2	2

※第７期計画実績は令和２年 11 月時点の実績です。

第３節　高齢者の見守りネットワークの充実と生活支援サービスの提供

（１）生活支援体制整備事業の推進

①生活支援コーディネーター

高齢者の生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能（資源開発、ネットワーク構築、ニーズと取り組みのマッチング）を有する者を「生活支援コーディネーター」とし、市全体を担当する第１層生活支援コーディネーターを１名及び日常生活圏域ごとに担当する第２層生活支援コーディネーターを２名配置しています。日常生活の中でちょっとした支援が必要になったときの為に、市内の企業やお店、地域住民同士等が行っている社会資源をまとめた「生活支援ガイドブック」を作成しました。

今後も生活支援ガイドブックの内容を充実させるとともに、地域の課題を把握し協議体で共有し課題解決に努めます。

	第７期計画実績			第８期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
第１層生活支援コーディネーター（人）	1	1	1	1	1	1
第２層生活支援コーディネーター（人）	1	1	2	2	3	3

※第７期計画実績は令和２年11月時点の実績です。

②協議体の設置

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

また、市内全域を対象とした第１層協議体を設置したうえで、第２層協議体の設置を進めており、やまびこネットワークを第３層に位置付けています。

今後は、生活支援コーディネーターからの地域課題を含め、第２層協議体、第３層協議体からの地域課題やニーズを第１層協議体において課題の解決や生活支援サービス開発に取り組みます。

（２）高齢者の見守りネットワークの充実

単身高齢者世帯の増加や地域の自治会、老人クラブへの加入率の低下など、今後、地域の中で孤立する高齢者は増加していくことが予測されます。高齢者の見守りについては、75歳以上の単身高齢者世帯及び80歳以上の方を対象に、月２～４回シルバーヘルパー、婦人会等地区の方による見守り活動を行っています。地域包括支援センターへ見守りの報告を通じて気になる方へは訪問等の支援を行っています。

今後は、見守り活動を行っている住民に対してのフォロー研修会を検討します。

（３）高齢者の移動手段の確保

阿蘇市乗り合いタクシー制度をはじめ、現在の移動サービスが高齢者にとってより利用しやすいサービスとなることを目指します。

公共の交通機関の利用が困難な方を対象にタクシー利用券を交付するおでかけサービス事業を継続していきます。運転免許証を自主返納される方や自動車の運転に不安を感じる方の移動手段の確保など、社会全体で高齢者の生活を支える体制の整備については、関係部局との検討を進めます。

総合事業における訪問型サービスＤについては、まちづくりの観点からも有効なサービス類型として捉え、関係部局及び協議体での検討を進めます。

第４節　高齢者向け住まいの確保の推進

（１）高齢者の住まいの確保

市営住宅については、改修の際のユニバーサルデザイン化を推進していきます。

高齢者やその家族等が心身の状況等に応じて適切に高齢者向けの住まいを選ぶことができるよう、「くまもと高齢者住まい情報サイトあ・す・く」や高齢者世帯や障がい者世帯の民間住宅入居を支援する「熊本県あんしん賃貸支援事業」などの積極的な情報提供を図ることで、高齢者の住まいに関する情報提供の充実に取り組みます。

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

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

さらに、高齢者、低額所得者、子育て世帯等の住宅確保要配慮者の入居を拒まない賃貸住宅の登録制度など、民間賃貸住宅や空き家を活用した「新たな住宅セーフティネット制度（平成 29 年 10 月 25 日施行）」を踏まえ、民間賃貸住宅のオーナーからの相談を受ける仲介業や不動産関係団体等に対して、制度の柱となる①住宅確保要配慮者向け賃貸住宅の登録制度、②登録住宅の改修や入居者への経済的な支援、③住宅確保要配慮者に対する居住支援の理解を促進します。

（２）有料老人ホーム等の県との情報共有

特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付高齢者向け住宅が増加しており、多様な介護サービスの受け皿となっています。県と連携しながら、特定施設入居者生活介護（地域密着型を含む）指定を受ける有料老人ホーム及びサービス付高齢者向け住宅（介護付きホーム）の設置数や定員数の把握を行います。また、介護サービスの相談員を積極的に活用することや、指導監督の徹底等による質の確保を図ります。

【住宅型有料老人ホーム】

	住宅型有料老人ホーム		サービス付高齢者向け住宅	
	設置数（箇所）	定員総数（床）	設置数（箇所）	定員総数（床）
一の宮圏域	2	63	0	0
山田・内牧圏域	1	21	1	21
碧水・乙姫圏域	0	0	0	0
尾ヶ石・阿蘇西圏域	0	0	0	0
波野圏域	0	0	0	0

※令和２年 11 月時点　熊本県調査結果

第５節　防災対策・感染症対策の推進

（１）防災対策の推進

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

災害発生時には、高齢者、障がい者など要配慮者のうち、特に避難支援を要する避難行動要支援者が被害を受ける場合が多くなります。

このため、災害時に自ら避難することが困難な避難行動要支援者を把握し、常に避難行動要支援者名簿に漏れがないよう、備えていきます。また、庁内の関係部署や市内の介護事業所等と連携し、定期的に避難訓練の実施や防災啓発活動、介護事業所等におけるリスクや、物資の備蓄・調達状況の確認を行うことが重要です。このため、介護事業所等で策定している災害に関する具体的計画を定期的に確認するとともに、介護事業所等と連携した避難訓練を実施することで、災害種類別ごとの避難に要する時間や避難経路等の確認を行います。

また、避難行動要支援者の特性に応じた福祉避難所の確保を図るため、社会福祉法人等に対して協力をお願いしていきます。

（２）感染症対策の推進

本市では、国・県・周辺市町村と協力して感染症拡大防止に向けての取り組みを行っています。高齢者は、重症化しやすくまた合併症が起こりやすいことから、介護事業所、医療機関等との情報共有を図ります。

①高齢者に対する感染症対策

本市では市民に向けた感染症に対する正しい情報や対策を、ホームページ、広報誌、お知らせ端末等で周知していきます。

新しい感染症の流行時は、「阿蘇市新型インフルエンザ対策行動計画」（令和２年４月改正）に沿って、必要に応じて在宅の高齢者、障がい者などの要援護者への生活支援を行います。

また、市に寄せられた感染症に関する相談は、適切な相談窓口につなぎます。

感染症の流行により、社会活動を制限せざるを得ない場合、高齢者は特に生活機能低下が予測されることから、広報、お知らせ端末、パンフレット等により、予防についての啓発を行い要介護状態への移行を防ぎます。

②ウイルス感染症の対策をした避難所について

感染症の拡大が懸念される中、災害等の被害で避難を行った場合の対策として、３つの密を回避した避難所づくりを行います。

共有避難スペースについては、パーティションの設置や２m以上間隔を空けること、本市職員等が１時間に５分程度の換気を行うことで、密閉空間の回避を行います。

他にも避難者の体調チェックの実施や、感染症が疑われる方については、別室への移動や専門機関などへ搬送するため、県阿蘇保健所と連携を図ります。

③感染症の拡大を防止するための必要備品の備蓄と調達について

学校や公民館等が避難場所になった場合における、あらかじめ備えるべき施設設備の整備、感染症に対応するためのマスク、消毒液等の衛生用品やパーティション等の備蓄の確保、教室など複数個所の活用を含めた利用方法の調整等について検討します。

第５章　多様な介護人材の確保・定着や介護サービスの質の確保・向上

第１節　介護給付の適正化に向けた取り組みの推進

高齢化の進展に伴い、介護サービス受給者数は今後も増加していくことが見込まれます。介護給付等費用適正化事業を継続的、安定的に実施することで介護給付適正化、介護サービス事業者が提供するサービスの質の向上に努めています。

（１）要介護認定の適正化

要介護（要支援）認定は、介護保険法の定めにより、全国一律の基準に基づき行われています。

適切な認定調査が行われるよう、日常的なミーティングや個別事例の検討が行える環境を整えるとともに、県が実施する認定調査員研修等へ積極的に参加し、認定調査に従事する者が公平・公正かつ適切な認定調査を実施するために必要な知識、技術を習得し、及び向上させ、認定審査の平準化を図っていきます。

	第７期計画実績			第８期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
認定調査の点検（%）	100	100	100	100	100	100
ｅラーニングシステム※19の登録率（%）	100	100	100	100	100	100
認定調査員の研修への参加回数（回）	2	2	2	2	2	2

※19e-ラーニングシステム…P126 用語集 No.1

（２）ケアプランの点検の充実

市内の居宅介護支援事業所のケアマネジャーが作成したケアプランを、ケアマネジメントのプロセスを踏まえて自立支援に向けた適切なケアマネジメントとなっているか検証し、ケアマネジャーの資質向上に向けた支援を行っています。なお、ケアプランの点検にあたっては、点検ノウハウを持っている事業者への委託のもと実施しています。

今後も、介護保険事業の円滑な運営のために、点検者はノウハウを持っている事業所へ委託することにより、点検者の人手や技量不足を補うとともに、インフォーマルサービス※20を踏まえたケアプランの適切化を図っていきます。

※20インフォーマルサービス…P126 用語集 NO.3

	第７期計画実績			第８期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
課題整理総括表を活用したケアプラン点検（%）	100	100	100	100	100	100
地域ケア会議等を活用したケアプラン点検月数	全月	全月	5ヶ月	全月	全月	全月
高齢者向け住まい入居者のケアプラン点検（%）	100	100	100	100	100	100

（３）福祉用具・住宅改修の点検の充実

要介護２までの軽度者の福祉用具貸与時には、市職員による書面での点検を実施しており、サービス利用先にリハビリ専門職がいる場合は、福祉用具貸与についてリハビリ専門職による点検を実施しています。

退院後の住宅改修の際には、退院前カンファレンスを活用し、リハビリ専門職による点検を行っていますが、リハビリ専門職の関わりのない利用者については、専門職による点検が行えていない状況です。

今後も利用者の実態に沿って適切な住宅改修及び福祉用具貸与が行われるよう、施工前点検を実施していきます。また、リハビリ専門職による全点検の仕組みを検討していきます。

	第７期計画実績			第８期計画の目標値		
	H30	R1	R2	R3	R4	R5
軽度者の福祉用具貸与点検実施率（%）	100	100	100	100	100	100
リハ専門職による福祉用具貸与点検実施率（%）	100	100	100	100	100	100
住宅改修の施工前点検実施率（%）	100	100	100	100	100	100
建築専門職、リハ専門職による施工前点検実施率（%）	39	35	39	40	40	40

（４）医療情報突合・縦覧点検の実施

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

また、縦覧点検では受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払状況（請求明細書内容）を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数等の点検を行います。重複請求や過誤などのチェックを行い、適切な処置を行っていきます。

（５）介護給付費通知

受給者本人（家族を含む）に対して、事業者からの介護報酬の請求や費用の給付状況等について年１回（毎年６月頃）通知することにより、利用しているサービス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。

第２節　多様な介護人材の確保・定着、介護サービスの質の確保・向上に向けた取り組みの推進

（１）多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みの推進

家族の介護を理由とした離職の防止などを図るべく「介護離職ゼロ」を推進し、その周知とそれに基づいた事業所の取り組みなどを支援します。

また、介護・福祉・保健・医療の各分野の関係者、地域で活躍する人材、民間の活動団体などと連携・協働して、生活支援サービスの提供などによる「専門職が専門性を生かした活動に注力できる」体制を整えます。

さらに、介護職員初任者研修などの受講者への受講料の一部助成や、介護サービス事業者などが開催する研修会の講師派遣への助成などにより、介護保険サービス提供者となりうる新たな人材の確保と職員の質の向上に努めます。

（２）介護サービスの質の確保・向上に向けた取り組みの推進

①介護サービスの相談対応、苦情処理体制の充実

保健・医療・福祉に関して、利用者本人及びその家族からの相談や苦情は、本市のほけん課窓口と阿蘇市地域包括支援センター等で対応しています。

必要に応じて事業所の管理者などと意見を交換するなどして、介護サービスの質の確保を図っていきます。

また、市民にとって相談しやすい体制と対応力の強化に取り組みます。

②介護サービスの情報提供の充実

利用者が介護サービス事業者を選択していく手助けとなるよう、介護サービスに関する情報提供体制の充実に取り組みます。

さらに、介護事業所に向けて、県との連携を図りながら、事業者研修、介護支援専門員研修など介護サービスの質の向上に関するあらゆる研修・講習の情報提供に取り組みます。

第６章　介護保険事業量の見込み及び保険料の設定

第１節　介護保険サービスの基盤整備

介護保険事業計画において定める、本市内の地域密着型施設・事業所の３年間の利用定員総数は以下のとおりとします。

今後、要介護認定者は微増するものの、第８期計画期間中に大幅な認定者の増加が見込まれない点や介護人材不足、保険料上昇の抑制を図る観点から、第８期計画期間における新たな整備は行わない方針です。

【認知症対応型共同生活介護】

		第７期計画	第８期計画		
		2020 年 (R2 年)度	2021 年 (R3 年)度	2022 年 (R4 年)度	2023 年 (R5 年)度
一の宮圏域	新規整備数		0 箇所	0 箇所	0 箇所
			0 人	0 人	0 人
	整備総数	1 箇所	1 箇所	1 箇所	1 箇所
	定員総数	18 人	18 人	18 人	18 人
山田・内牧圏域	新規整備数		0 箇所	0 箇所	0 箇所
			0 人	0 人	0 人
	整備総数	1 箇所	1 箇所	1 箇所	1 箇所
	定員総数	18 人	18 人	18 人	18 人
碧水・乙姫圏域	新規整備数		0 箇所	0 箇所	0 箇所
			0 人	0 人	0 人
	整備総数	2 箇所	2 箇所	2 箇所	2 箇所
	定員総数	36 人	36 人	36 人	36 人
尾ヶ石・阿蘇西圏域	新規整備数		0 箇所	0 箇所	0 箇所
			0 人	0 人	0 人
	整備総数	0 箇所	0 箇所	0 箇所	0 箇所
	定員総数	0 人	0 人	0 人	0 人
波野圏域	新規整備数		0 箇所	0 箇所	0 箇所
			0 人	0 人	0 人
	整備総数	0 箇所	0 箇所	0 箇所	0 箇所
	定員総数	0 人	0 人	0 人	0 人
阿蘇市	新規整備数		0 人	0 人	0 人
			0 箇所	0 箇所	0 箇所
	整備総数	4 箇所	4 箇所	4 箇所	4 箇所
	定員総数	72 人	72 人	72 人	72 人

【地域密着型特定施設入居者生活介護】

		第７期計画	第８期計画		
		2020 年 (R2 年)度	2021 年 (R3)年度	2022 年 (R4 年)度	2023 年 (R5 年)度
一の宮圏域	新規整備数		0 箇所	0 箇所	0 箇所
			0 人	0 人	0 人
	整備総数	0 箇所	0 箇所	0 箇所	0 箇所
	定員総数	0 人	0 人	0 人	0 人
山田・内牧圏域	新規整備数		0 箇所	0 箇所	0 箇所
			0 人	0 人	0 人
	整備総数	0 箇所	0 箇所	0 箇所	0 箇所
	定員総数	0 人	0 人	0 人	0 人
碧水・乙姫圏域	新規整備数		0 箇所	0 箇所	0 箇所
			0 人	0 人	0 人
	整備総数	0 箇所	0 箇所	0 箇所	0 箇所
	定員総数	0 人	0 人	0 人	0 人
尾ヶ石・阿蘇西圏域	新規整備数		0 箇所	0 箇所	0 箇所
			0 人	0 人	0 人
	整備総数	0 箇所	0 箇所	0 箇所	0 箇所
	定員総数	0 人	0 人	0 人	0 人
波野圏域	新規整備数		0 箇所	0 箇所	0 箇所
			0 人	0 人	0 人
	整備総数	0 箇所	0 箇所	0 箇所	0 箇所
	定員総数	0 人	0 人	0 人	0 人
阿蘇市	新規整備数		0 人	0 人	0 人
			0 箇所	0 箇所	0 箇所
	整備総数	0 箇所	0 箇所	0 箇所	0 箇所
	定員総数	0 人	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】

		第 7 期計画	第 8 期計画		
		2020 年 (R2 年)度	2021 年 (R3 年)度	2022 年 (R4 年)度	2023 年 (R5 年)度
一の宮圏域	新規整備数		0 箇所	0 箇所	0 箇所
			0 人	0 人	0 人
	整備総数	0 箇所	0 箇所	0 箇所	0 箇所
	定員総数	0 人	0 人	0 人	0 人
山田・内牧圏域	新規整備数		0 箇所	0 箇所	0 箇所
			0 人	0 人	0 人
	整備総数	0 箇所	0 箇所	0 箇所	0 箇所
	定員総数	0 人	0 人	0 人	0 人
碧水・乙姫圏域	新規整備数		0 箇所	0 箇所	0 箇所
			0 人	0 人	0 人
	整備総数	1 箇所	1 箇所	1 箇所	1 箇所
	定員総数	29 人	29 人	29 人	29 人
尾ヶ石・阿蘇西圏域	新規整備数		0 箇所	0 箇所	0 箇所
			0 人	0 人	0 人
	整備総数	1 箇所	1 箇所	1 箇所	1 箇所
	定員総数	29 人	29 人	29 人	29 人
波野圏域	新規整備数		0 箇所	0 箇所	0 箇所
			0 人	0 人	0 人
	整備総数	0 箇所	0 箇所	0 箇所	0 箇所
	定員総数	0 人	0 人	0 人	0 人
阿蘇市	新規整備数		0 人	0 人	0 人
			0 箇所	0 箇所	0 箇所
	整備総数	2 箇所	2 箇所	2 箇所	2 箇所
	定員総数	58 人	58 人	58 人	58 人

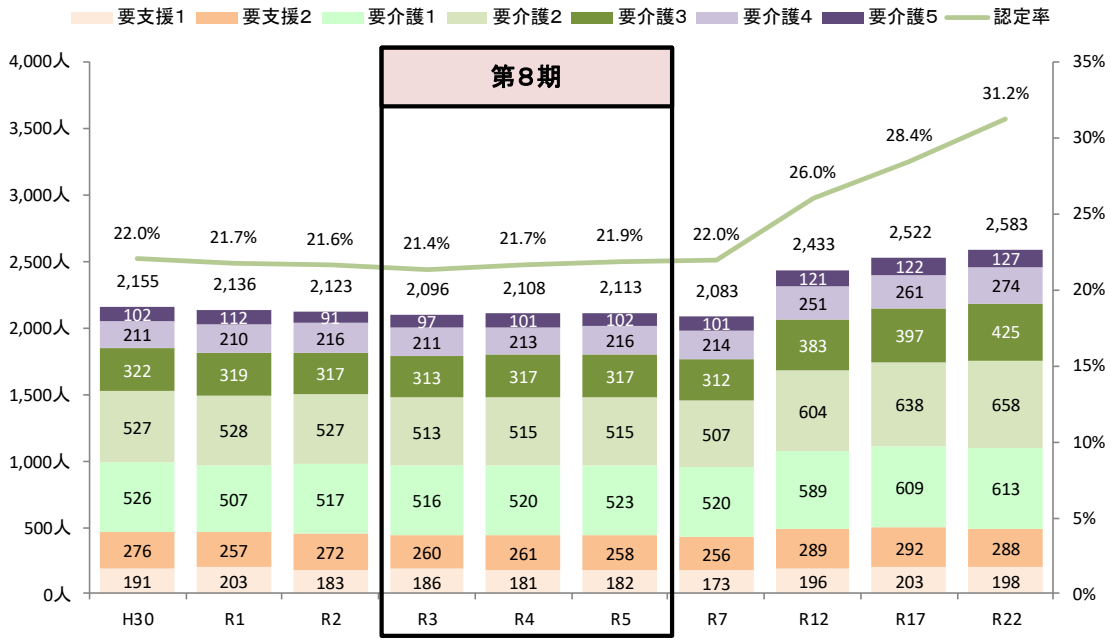
第２節　認定者等の推移と予測

（１）認定者の状況と今後の予測

認定者は、2018 年（平成 30 年）度に 2,155 人となっていましたが、2020 年（令和 2 年）度には 2,123 人（32 人の減少）となっています。

今後の予測は、2023 年（令和 5 年）度に 2,113 人となり、2020 年（令和 2 年）度と比較して 10 人の減少となります。

さらに、2025 年（令和 7 年）度には 2,083 人となると予測されます。



※地域包括ケア見える化システム（第 1 号被保険者、第 2 号被保険者）

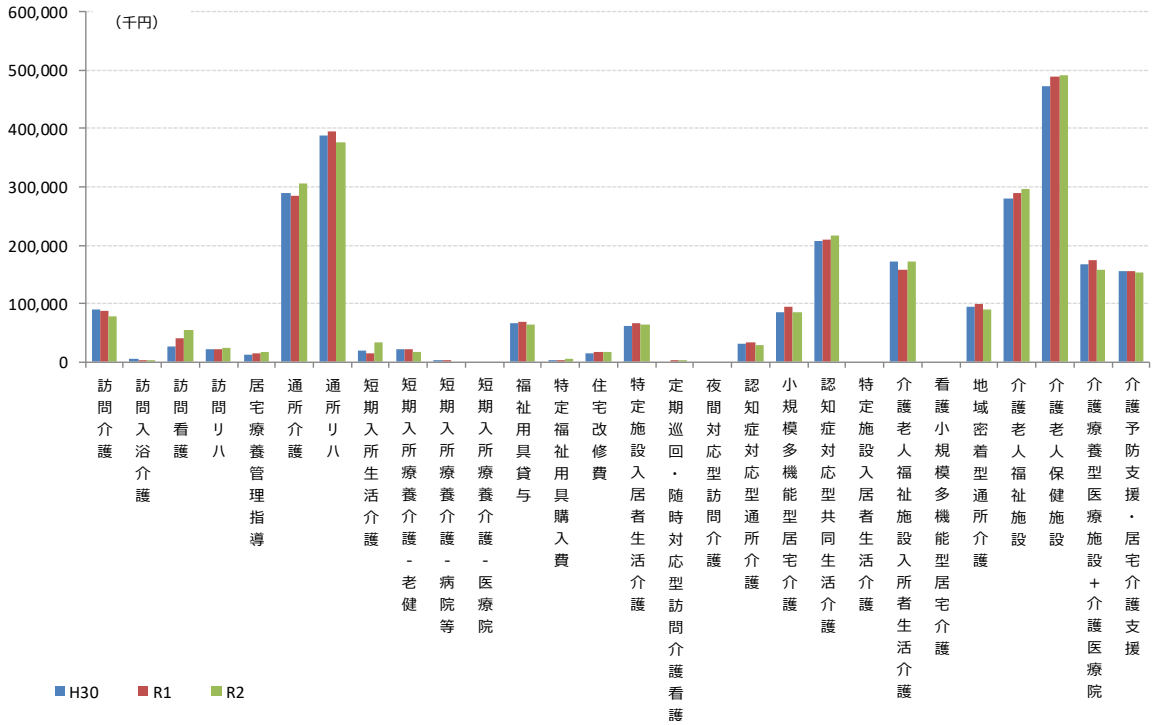
（２）前期計画の評価

①前期介護保険事業計画の実績について

総給付費は、2018 年（平成 30 年）度の 2,693 百万円から、2020 年（令和２年）度は 2,763 百万円となり、70 百万円増加（2018 年（平成 30 年）度比 102%）となっています。

給付費のサービス種類別内訳では、平成 30 年度比で、居宅サービスは 102%、居住系サービスは 104%、施設サービスは 102%、居宅介護支援は 98%となっています。

（千円）	H30	R1	前年比	R2	前年比	前々年比
居宅サービス	1,174,959	1,207,853	102.8%	1,206,095	99.9%	102.6%
居住系サービス	268,915	276,414	102.8%	280,319	101.4%	104.2%
施設サービス	1,093,836	1,113,129	101.8%	1,122,704	100.9%	102.6%
居宅介護支援	156,221	155,683	99.7%	154,090	99.0%	98.6%
総計	2,693,930	2,753,078	102.2%	2,763,208	100.4%	102.6%



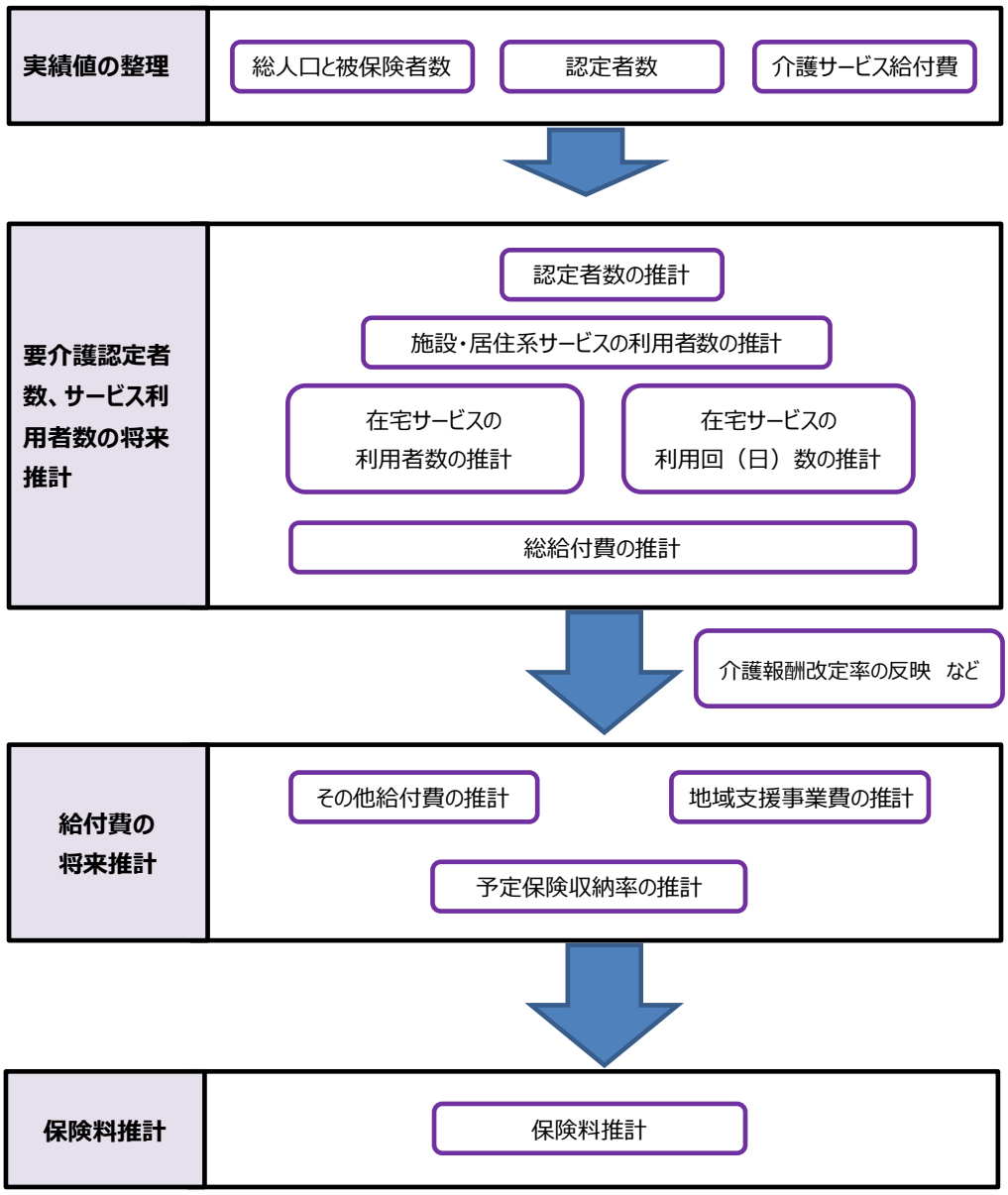
第３節　介護保険サービスの見込み量と確保策

介護保険サービスについては、2025 年（令和 7 年）を見据えた介護保険事業計画の策定(地域包括ケア計画、中長期的な推計)に対応した視点を持ちつつ、保険者として持続的な事業運営を図るとともに、被保険者個々の保険料負担の上に成立している制度として、公平で質の高いサービスを提供するための取り組みが求められています。

以下に示す介護保険サービスの見込み量に関する各種データは、国の示した「地域包括ケア見える化システム」を活用し、平成 30 年～令和 2 年度の「介護保険事業状況報告」に基づいて算出しています。

なお、介護予防・日常生活支援総合事業の開始に伴い、介護予防訪問介護サービスと介護予防通所介護サービスの当該年度の見込みについては、介護保険事業費ではなく地域支援事業費に見込んでいます。

【推計作業の流れ】

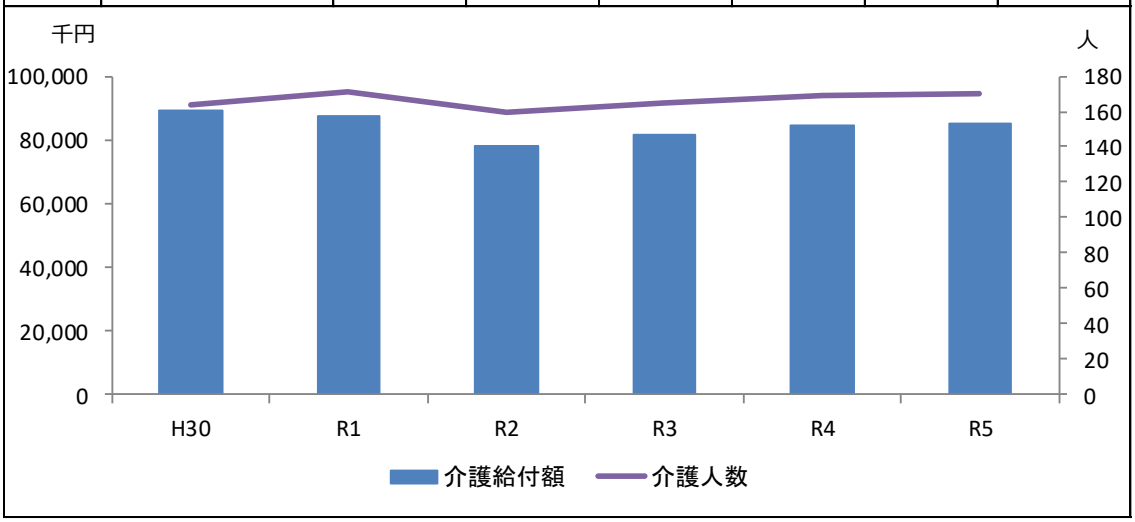


（１）居宅サービス

①訪問介護

ホームヘルパーが自宅を訪問して、入浴・排せつ・食事などの介護や、家事などの日常生活の援助を行います。

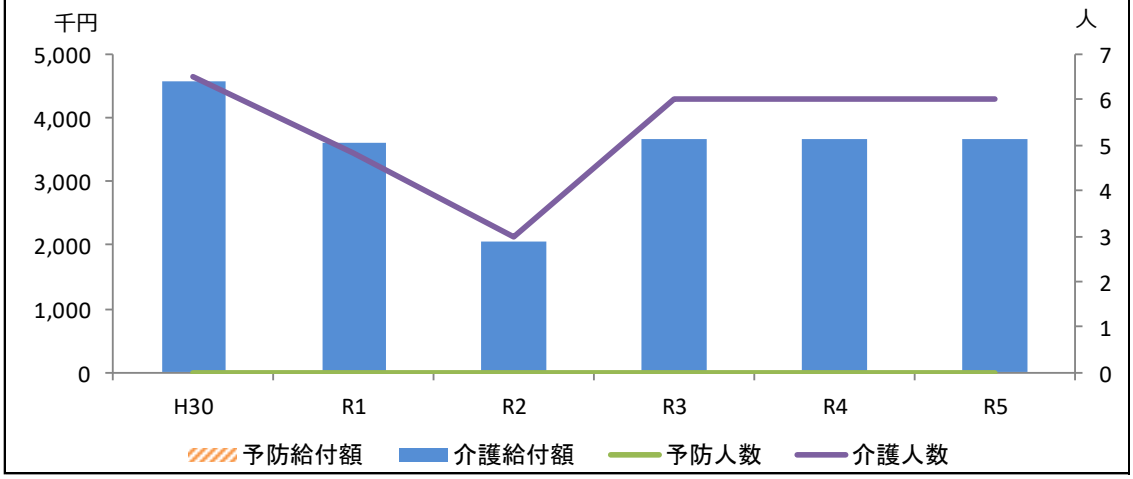
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	89,274	87,328	78,185	81,554	84,690	85,136
	人数（人）	164	171	159	165	169	170



②訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

浴槽を積んだ入浴車などで自宅を訪問して、入浴の介助を行います。

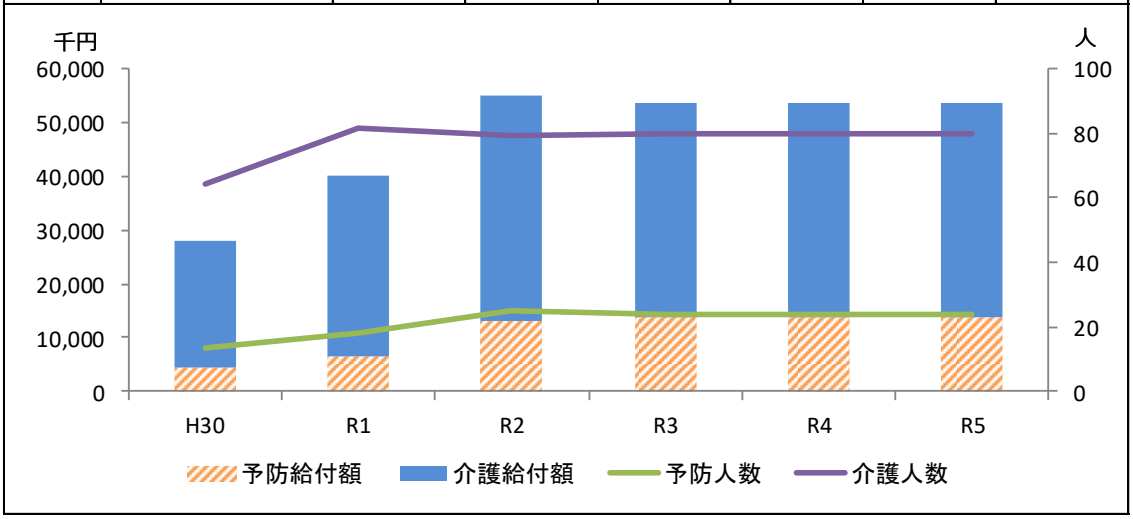
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	4,561	3,596	2,051	3,670	3,672	3,672
	人数（人）	7	5	3	6	6	6
予防給付	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0



③訪問看護・介護予防訪問看護

主治医の指示に基づいて看護師などが自宅を訪問して、療養上の世話や手当てを行います。

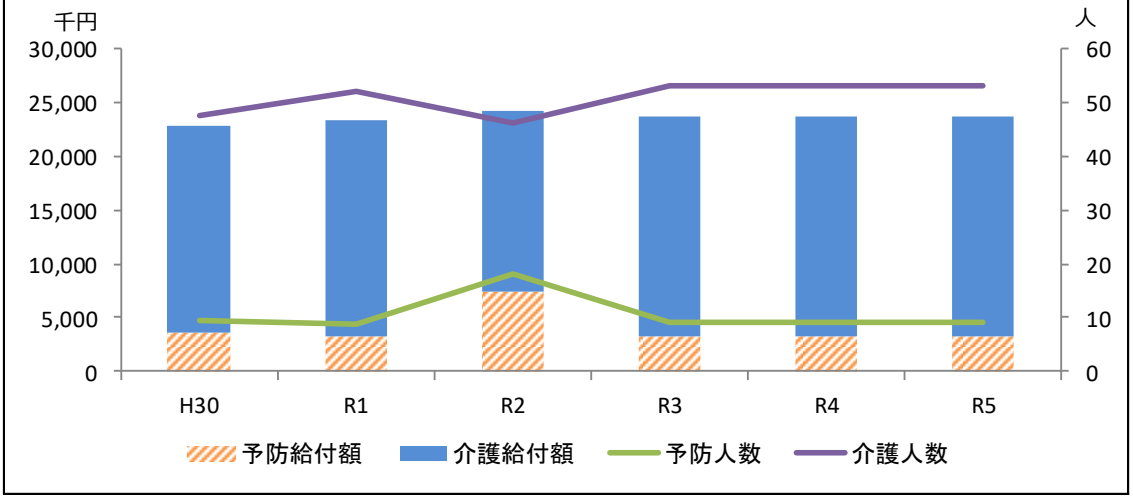
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	23,355	33,553	41,807	39,639	39,661	39,661
	人数（人）	64	82	79	80	80	80
予防給付	給付費（千円）	4,474	6,652	13,167	13,935	13,942	13,942
	人数（人）	14	18	25	24	24	24



④訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

主治医の指示に基づいて作業療法士（ＯＴ）や理学療法士（ＰＴ）が自宅を訪問して、普段の生活に必要なリハビリを提供するサービスを行います。

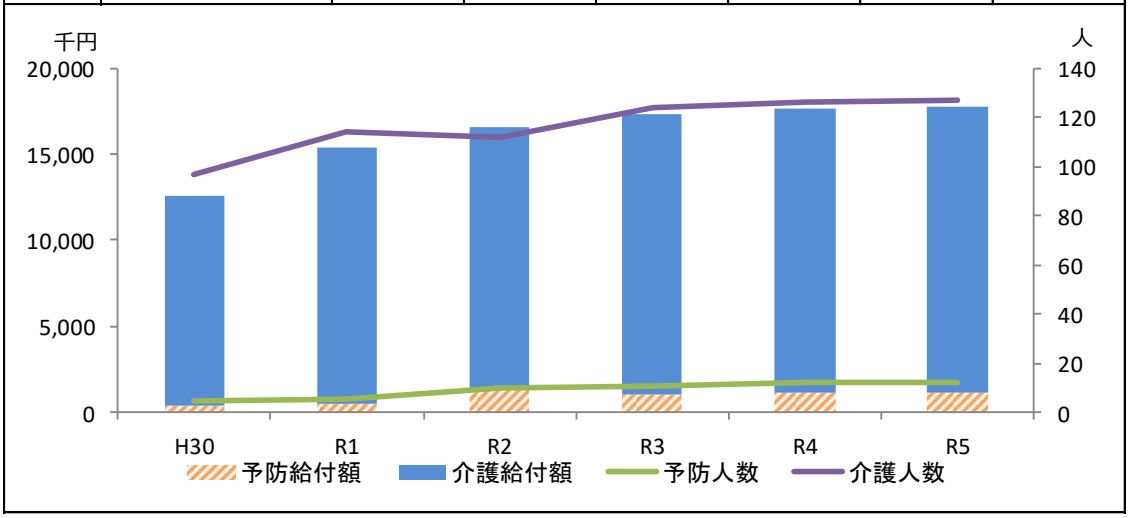
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	19,126	20,057	16,636	20,482	20,493	20,493
	人数（人）	48	52	46	53	53	53
予防給付	給付費（千円）	3,658	3,218	7,468	3,240	3,242	3,242
	人数（人）	10	9	18	9	9	9



⑤居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

通院が困難な方に対し、医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士などが自宅を訪問して、療養上の世話や指導を行います。

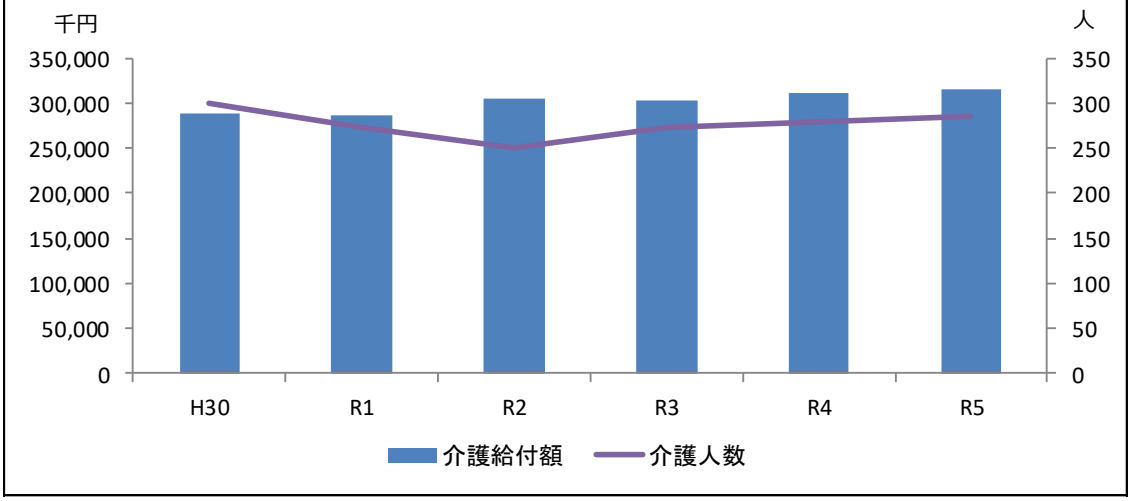
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費(千円)	12,258	14,995	15,247	16,218	16,490	16,618
	人数(人)	97	114	112	124	126	127
予防給付	給付費(千円)	387	439	1,355	1,078	1,176	1,176
	人数(人)	5	5	10	11	12	12



⑥通所介護

デイサービスセンターに通って、食事・入浴の提供やレクリエーションなどを通じた機能訓練を行います。

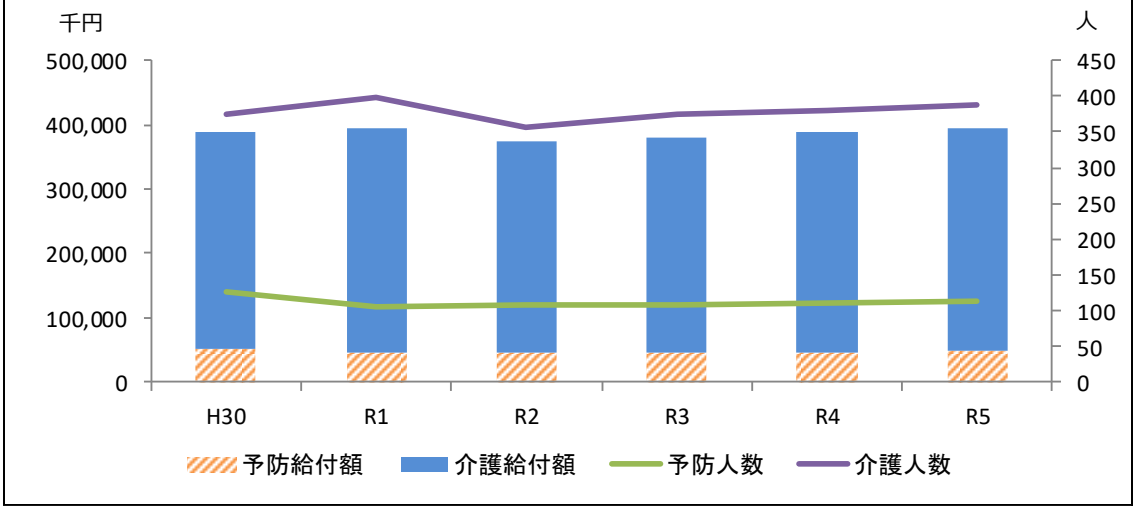
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費(千円)	288,826	285,902	305,221	303,215	310,456	314,957
	人数(人)	301	272	250	273	280	285



⑦通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション（デイケア）

医療施設に通って、食事・入浴の提供や心身機能の維持回復の機能訓練を行います。

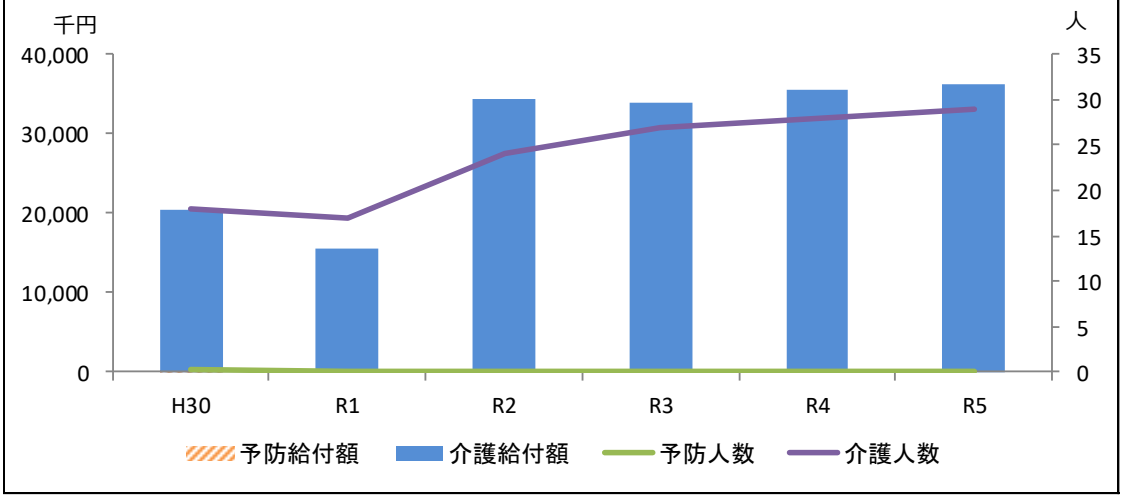
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	335,718	349,966	329,544	334,467	341,122	347,124
	人数（人）	376	397	356	375	381	387
予防給付	給付費（千円）	52,906	44,864	45,992	45,155	46,389	47,598
	人数（人）	127	107	107	107	110	113



⑧短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護（特養）

施設などに短期間入所し、食事・入浴・排せつ、その他日常生活の介護や機能訓練を行います。

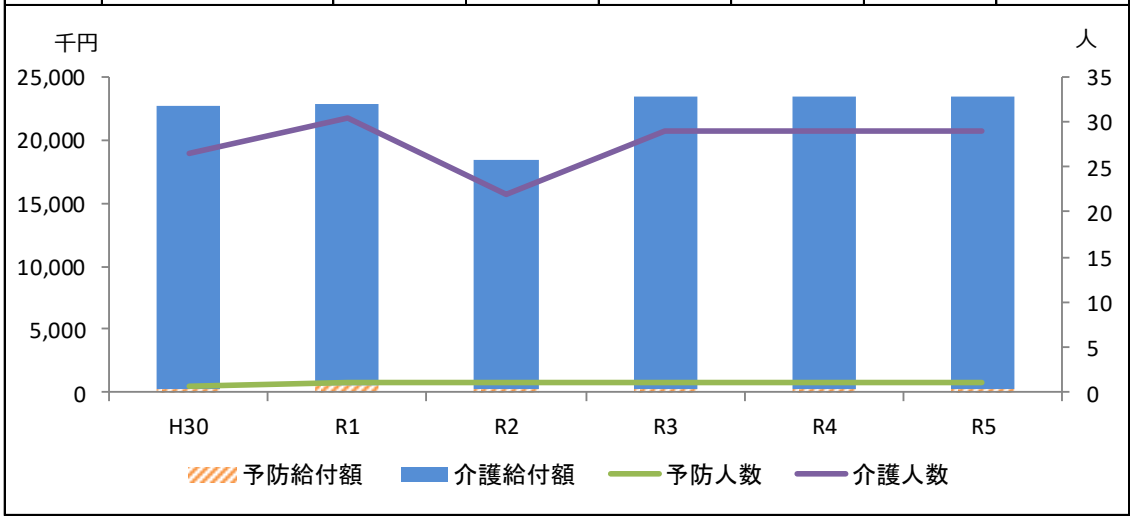
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	20,428	15,441	34,282	33,844	35,502	36,227
	人数（人）	18	17	24	27	28	29
予防給付	給付費（千円）	28	0	0	0	0	0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0



⑨短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（老健）

医療施設などに短期間入所し、食事・入浴・排せつ、その他日常生活の介護や看護・機能訓練を行います。

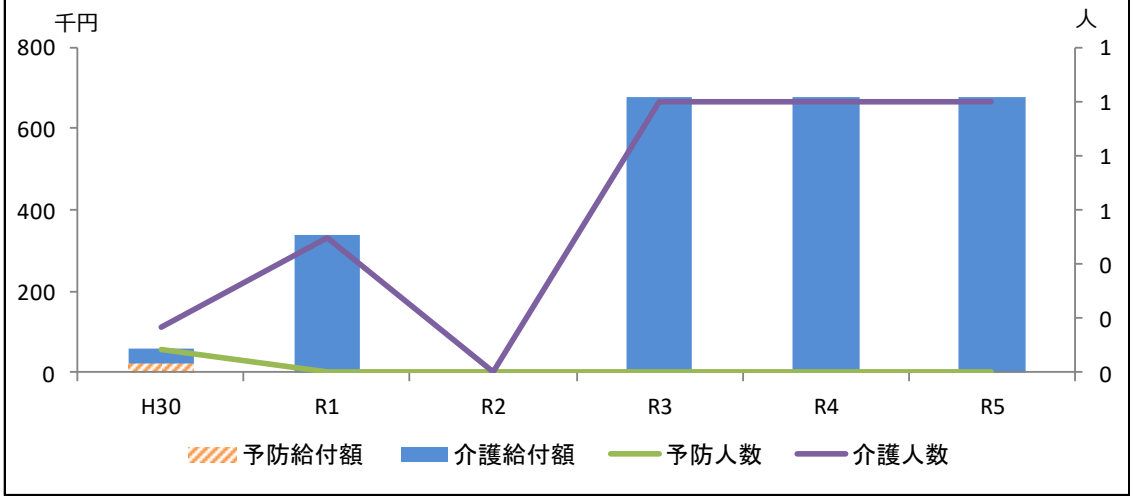
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	22,441	22,321	18,179	23,198	23,211	23,211
	人数（人）	26	30	22	29	29	29
予防給付	給付費（千円）	196	514	238	265	265	265
	人数（人）	1	1	1	1	1	1



⑩短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（病院等）

病院などに短期間入所し、食事・入浴・排せつ、その他日常生活の介護や機能訓練を行います。

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	35	340	0	677	678	678
	人数（人）	0	1	0	1	1	1
予防給付	給付費（千円）	22	0	0	0	0	0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0

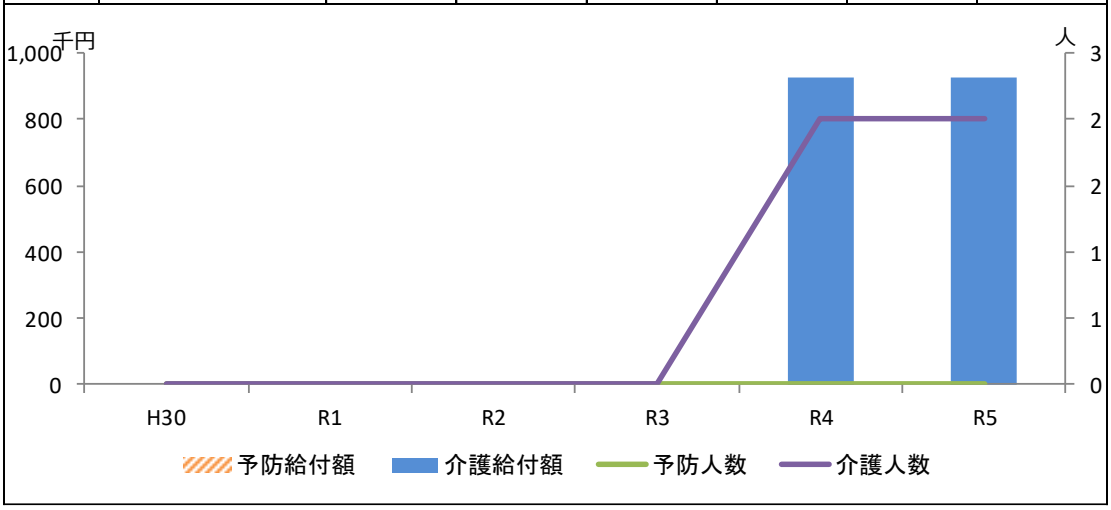


⑪短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（介護医療院）

介護医療院などに短期間入所し、食事・入浴・排せつ、その他日常生活の介護や機能訓練を行います。

令和４年度以降介護療養型医療施設からの転換分を見込んでいます。

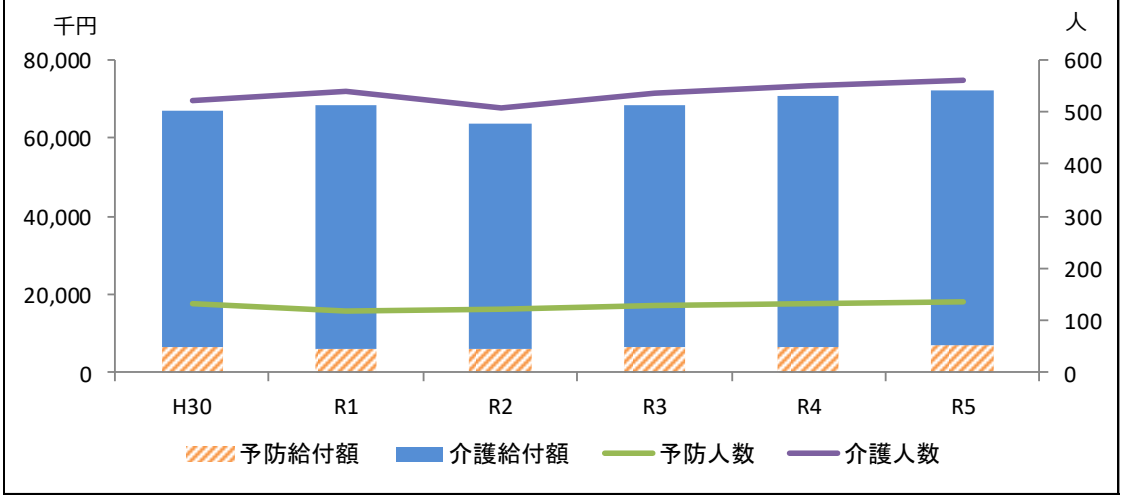
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	0	0	0	0	926	926
	人数（人）	0	0	0	0	2	2
予防給付	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0



⑫福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

心身の機能が低下した人に、車いす・特殊寝台・体位変換器・歩行補助杖・歩行器・徘徊感知器・移動用リフトなど、日常生活を助ける用具を貸与します。

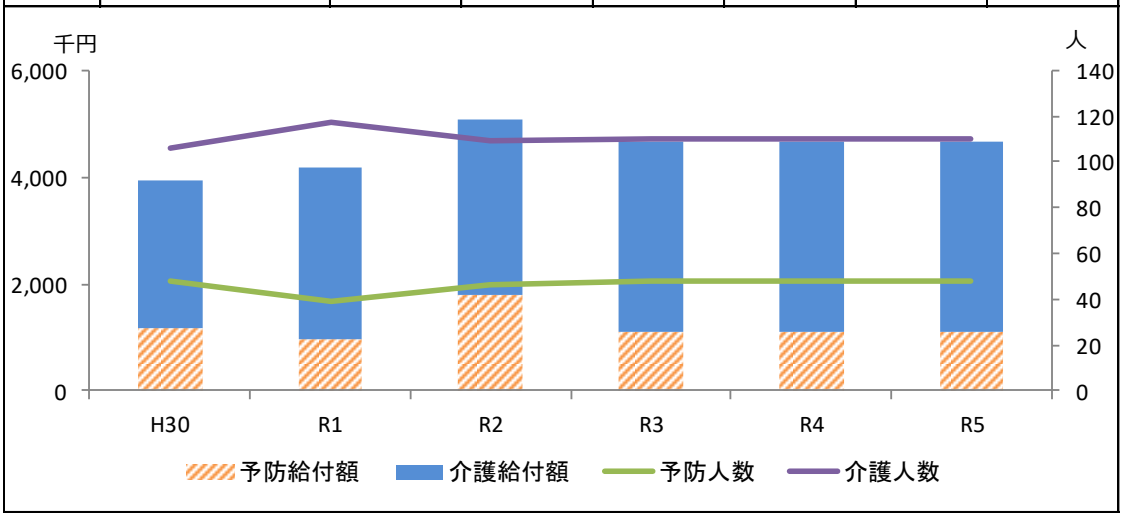
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	60,473	62,122	57,495	61,825	63,862	65,063
	人数（人）	521	540	508	535	550	560
予防給付	給付費（千円）	6,585	6,055	6,268	6,498	6,712	6,864
	人数（人）	133	119	121	129	133	136



⑬特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売

在宅生活に支障がないよう、入浴や排せつに用いる福祉用具を利用し日常生活上の便宜を図り、家族の介護の負担軽減などを目的として実施します。

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	2,767	3,230	3,291	3,584	3,584	3,584
	人数（人）	106	117	109	110	110	110
予防給付	給付費（千円）	1,177	950	1,791	1,087	1,087	1,087
	人数（人）	48	39	46	48	48	48

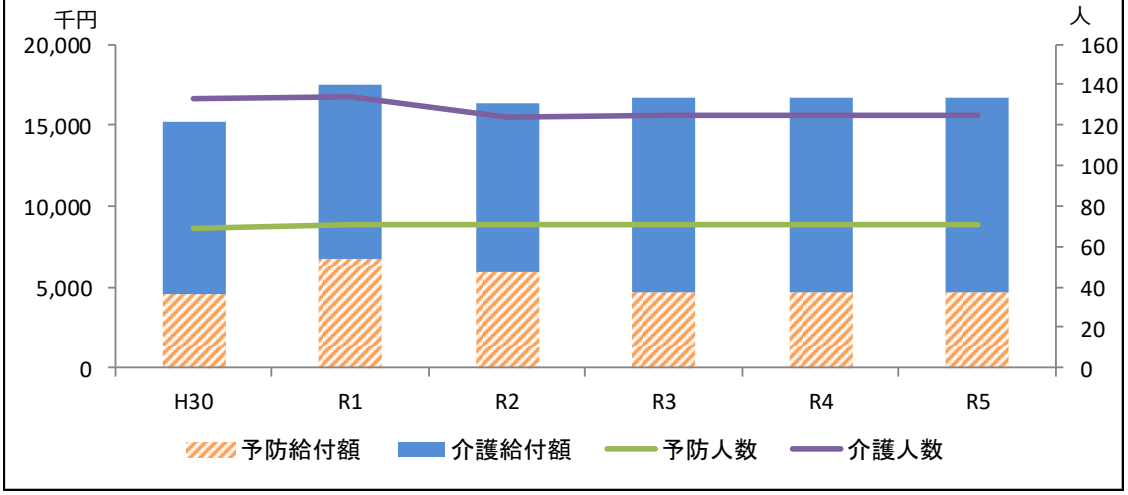


⑭住宅改修

在宅の利用者が、住み慣れた自宅で生活が続けられるように、手すりの取り付け・段差解消・扉の交換・洋式便器への取り替えなど、小規模な住宅改修を行うサービスです。

利用者だけでなく周りで支える家族の意見を踏まえて改修計画を立てます。

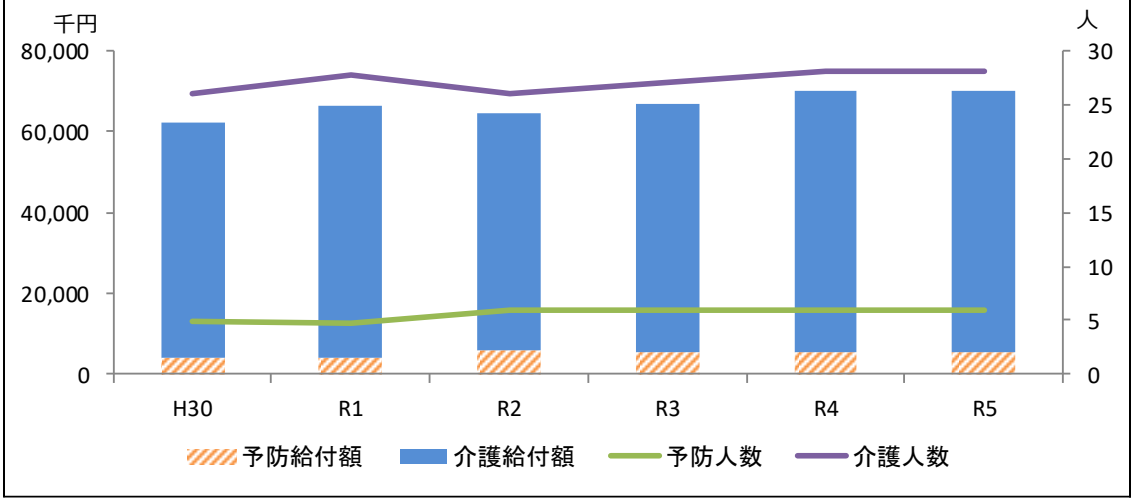
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	10,676	10,677	10,347	11,974	11,974	11,974
	人数（人）	133	134	124	125	125	125
予防給付	給付費（千円）	4,581	6,763	5,982	4,698	4,698	4,698
	人数（人）	69	71	71	71	71	71



⑮特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

特定施設入居者生活介護は、「特定施設入居者生活介護」の指定を受けた施設に入居している要介護者などについて、入浴・排せつ・食事、その他日常生活上の世話や機能訓練を行います。

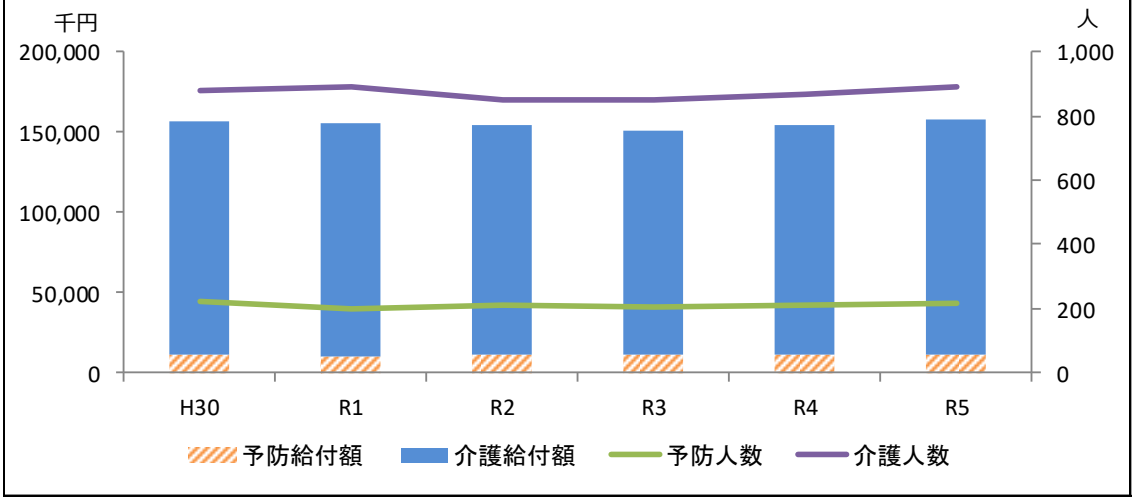
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費(千円)	57,962	62,297	58,849	61,680	64,696	64,696
	人数(人)	26	28	26	27	28	28
予防給付	給付費(千円)	4,010	4,019	5,713	5,350	5,353	5,353
	人数(人)	5	5	6	6	6	6



⑯居宅介護支援・介護予防支援

「居宅介護支援（介護予防支援）」は、要介護者がサービス（施設を除く）を利用する際に、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成します。

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費(千円)	144,299	145,000	142,711	140,325	143,171	146,136
	人数(人)	877	891	848	853	870	888
予防給付	給付費(千円)	11,921	10,682	11,379	11,053	11,219	11,378
	人数(人)	224	202	213	208	211	214



（２）地域密着型サービス

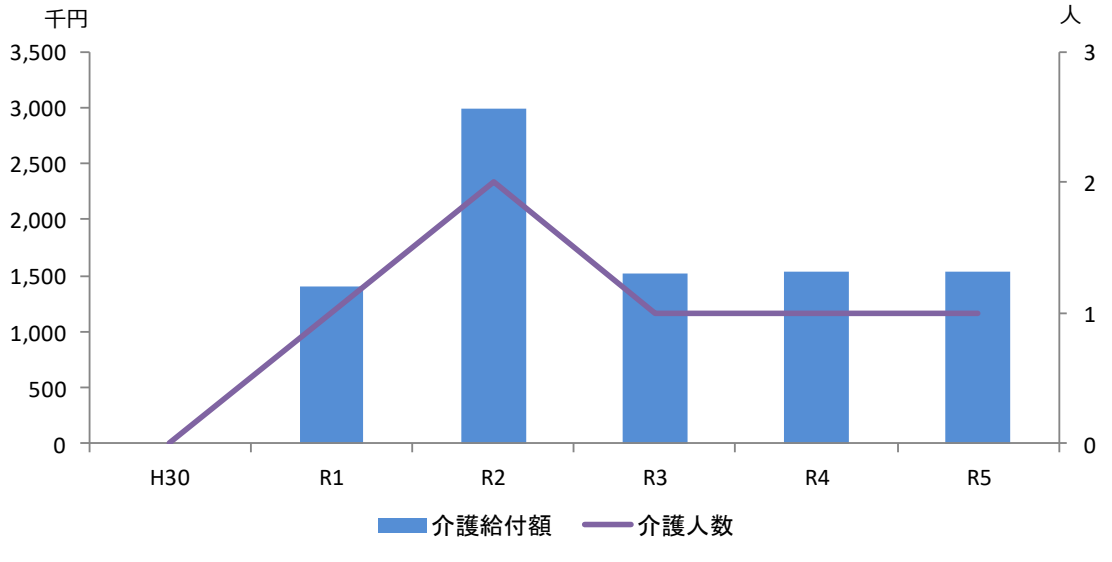
地域密着型サービスについては、高齢者が要介護（要支援）状態となっても、できる限り住み慣れた地域での生活を継続できるようにするため、日常生活圏域を基本的な枠組みとして、サービス事業者の指定をすることになります。

①定期巡回・随時対応サービス

介護サービス事業所が定期的に巡回して利用者に短時間の訪問サービスを提供するほか、24 時間 365 日体制で相談できる窓口を設置し随時の対応も行うサービスです。

市内にサービス提供事業所はありませんが、サービスを必要とされている方が市外のサービス事業所を利用しているため、令和 3 年度以降も利用を見込んでいます。

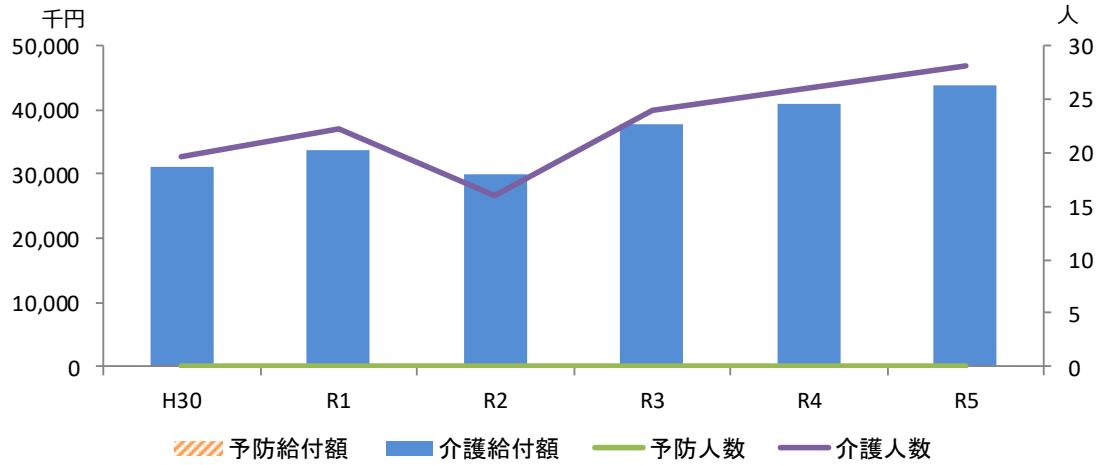
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	0	1,402	2,987	1,527	1,528	1,528
	人数（人）	0	1	2	1	1	1



②認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

認知症の高齢者がデイサービスセンターなどに通い、機能訓練などを行います。

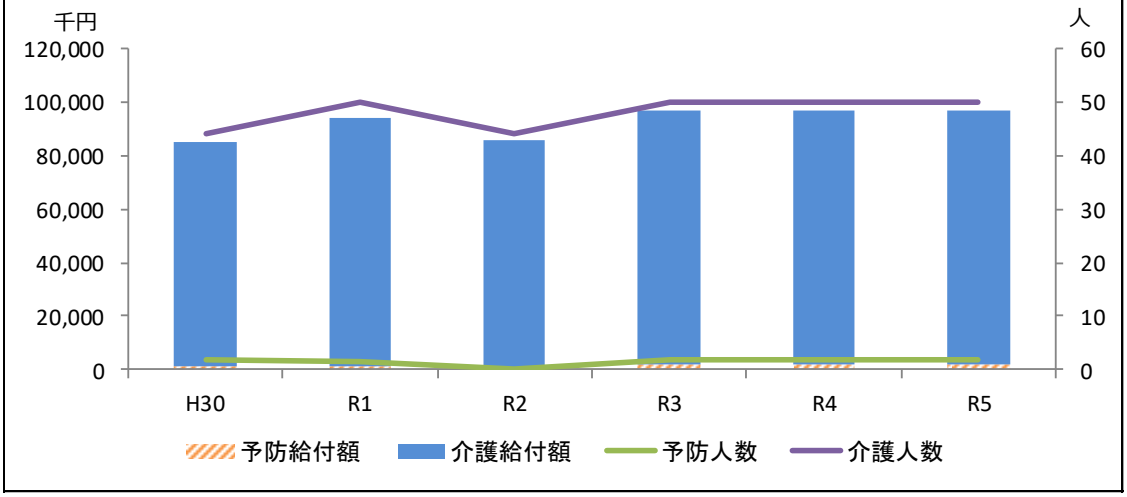
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費(千円)	31,137	33,682	29,885	37,841	40,760	43,658
	人数(人)	20	22	16	24	26	28
予防給付	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0
	人数(人)	0	0	0	0	0	0



③小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

通所を中心に、利用者や家庭の状況に応じて、訪問や泊まりを組み合わせたサービスや機能訓練を行います。

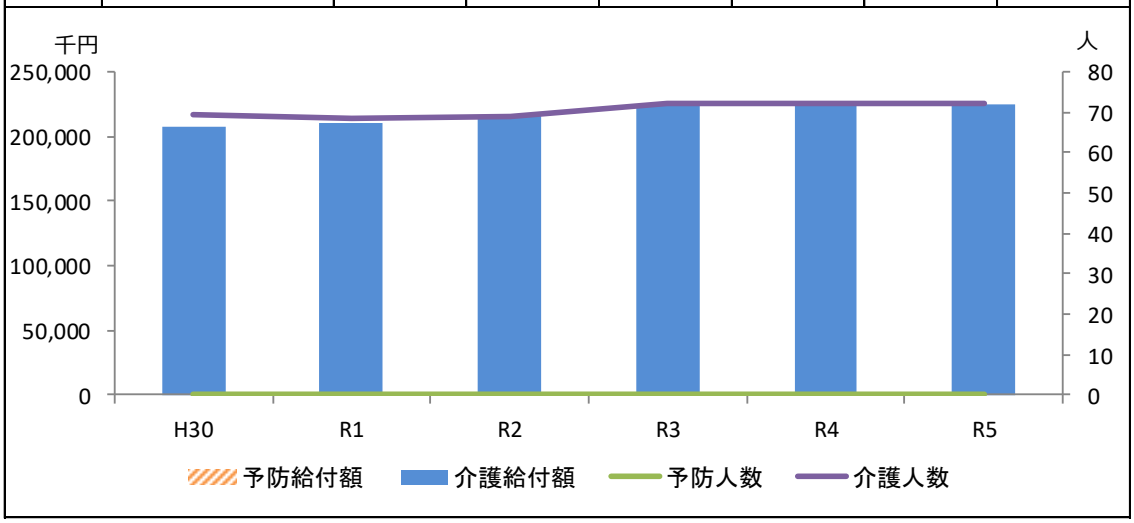
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費(千円)	83,753	92,388	85,803	95,419	95,472	95,472
	人数(人)	44	50	44	50	50	50
予防給付	給付費(千円)	1,321	1,370	0	1,622	1,622	1,622
	人数(人)	2	1	0	2	2	2



④認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

安定状態にある認知症高齢者等が共同生活をしながら、日常生活の世話や機能訓練などを行います。

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	206,943	210,098	215,758	224,344	224,469	224,469
	人数（人）	69	68	69	72	72	72
予防給付	給付費（千円）	0	0	0	0	0	0
	人数（人）	0	0	0	0	0	0

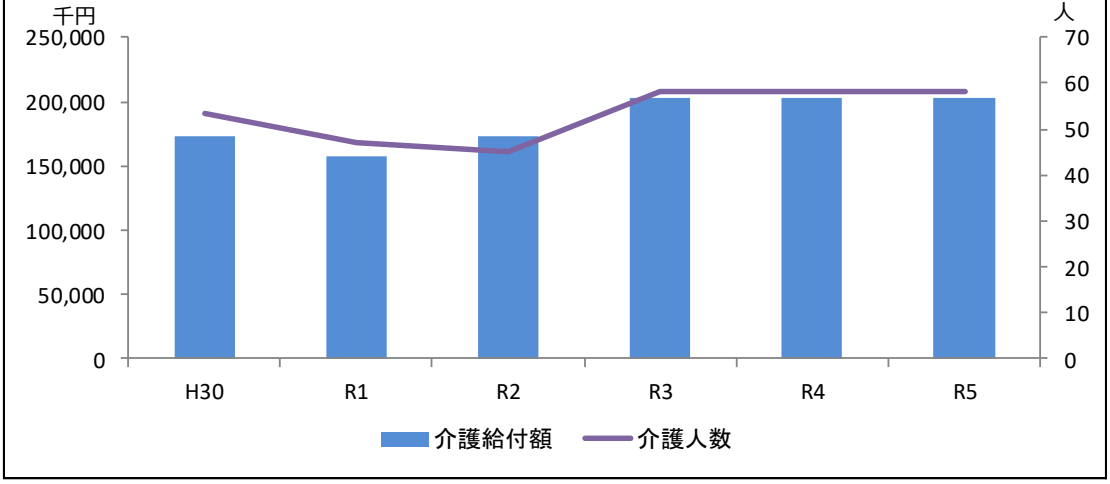


⑤地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

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

市内 2 施設の介護事業所は、人員不足により定員 29 人を受け入れることができていませんでしたが、令和 3 年度以降は人員体制を整えるため、定員 29 人の受け入れを見込んでいます。

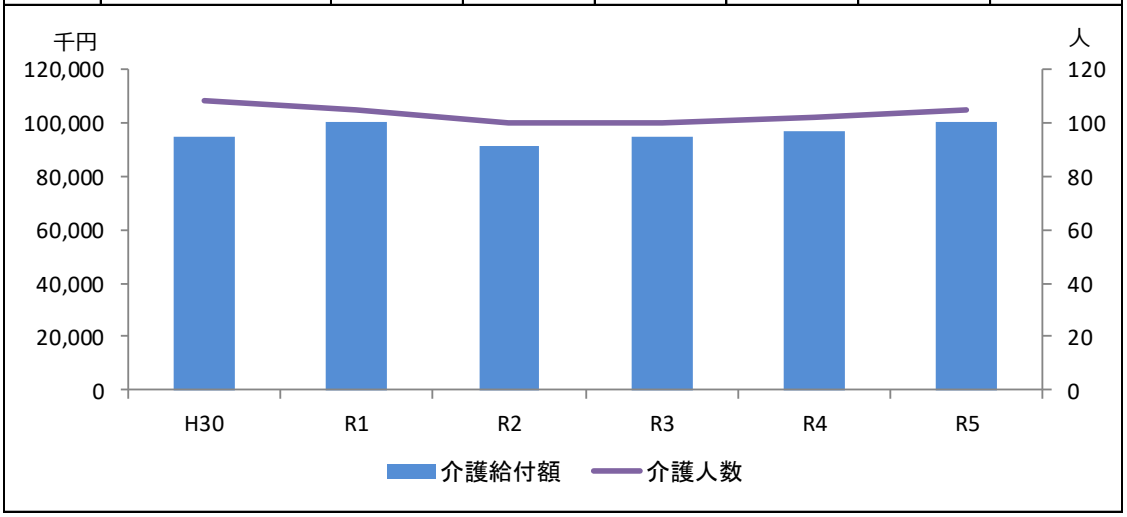
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	173,066	157,086	172,354	202,590	202,702	202,702
	人数（人）	53	47	45	58	58	58



⑥地域密着型通所介護

定員 18 人以下の小規模のデイサービスセンターに通って、食事・入浴の提供やレクリエーションなどを通じた機能訓練を行います。

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	94,798	100,031	91,024	95,002	96,797	100,141
	人数（人）	108	105	100	100	102	105



⑦夜間対応型訪問介護

夜間の定期的な巡回訪問や、通報に応じて介護福祉士などに来てもらう介護サービスです。

現在、市内にサービス提供事業所はありません。

⑧地域密着型特定施設入居者生活介護

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

現在、市内にサービス提供事業所はありません。

⑨看護小規模多機能型居宅介護

「通い」「泊まり」「訪問」の３種類のサービスと「訪問看護」サービスを、介護と看護の両面から柔軟に組み合わせて提供します。

現在、市内にサービス提供事業所はありません。

（３）施設サービス

施設介護サービスについては、県と連携して、介護保険事業（支援）計画に沿った適切な基盤整備に努めるとともに、個室・ユニットケア化を進めるなど、多様な住まいの普及に引き続き取り組みます。

また、制度改正により、特別養護老人ホームの新規入所者については、中重度者への重点化が求められ、入所を原則要介護３以上とし、要介護１・２は特例的な対応が必要な場合に限るとされています。

そのため、施設入所者の対応については、国の指針等に基づき、公平公正な判定を行うとともに、既存の施設利用者の重度者への重度化予防にも、引き続き取り組んでいきます。

なお、2018 年（平成 30 年）４月に「介護医療院」が創設されるとともに、介護療養型医療施設に関する経過措置の期限は 2024 年（令和６年）３月末まで延長されており、介護療養型医療施設についてはこの期間内に介護医療院などの施設への移行等が必要になります。

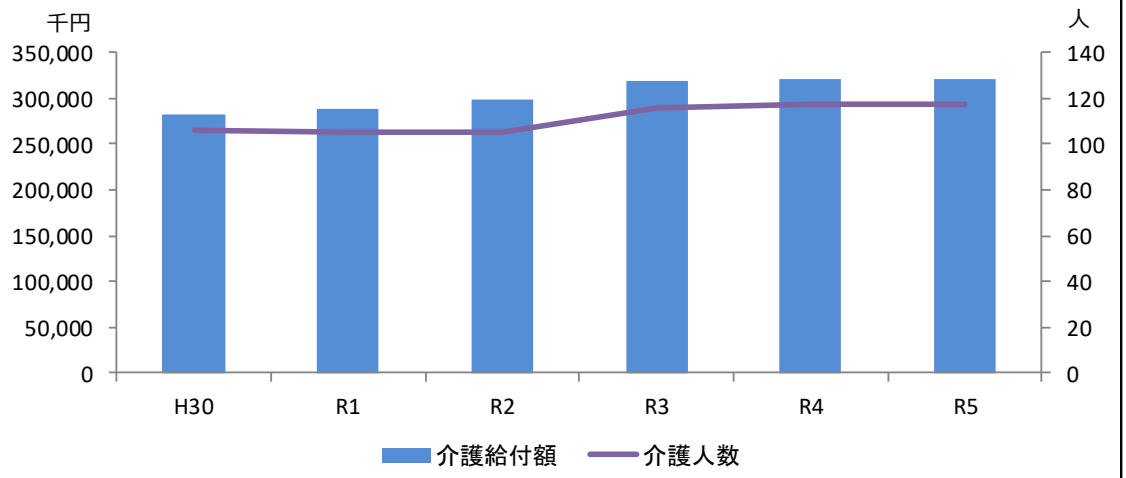
しかし、医療ニーズの高い中重度要介護の増大や慢性疾患、認知症を有する高齢者の増加が見込まれる中で、介護療養型医療施設が担う、要介護高齢者の看取りやターミナルケア※21 を中心とした長期療養といった機能が今後ますます重要となると考えられることから、介護療養型医療施設の転換に伴う、施設サービス量の見込みについては、国の動向を踏まえ柔軟な対応を行うこととします。

※21 ターミナルケア…P127 用語集 NO.15

①介護老人福祉施設

介護が必要で、自宅での介護が難しい方が入所し、食事・入浴・排せつなどの介助、機能訓練、健康管理などを行う施設サービスです。

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	281,320	289,117	297,629	319,200	321,779	321,779
	人数（人）	106	106	105	116	117	117

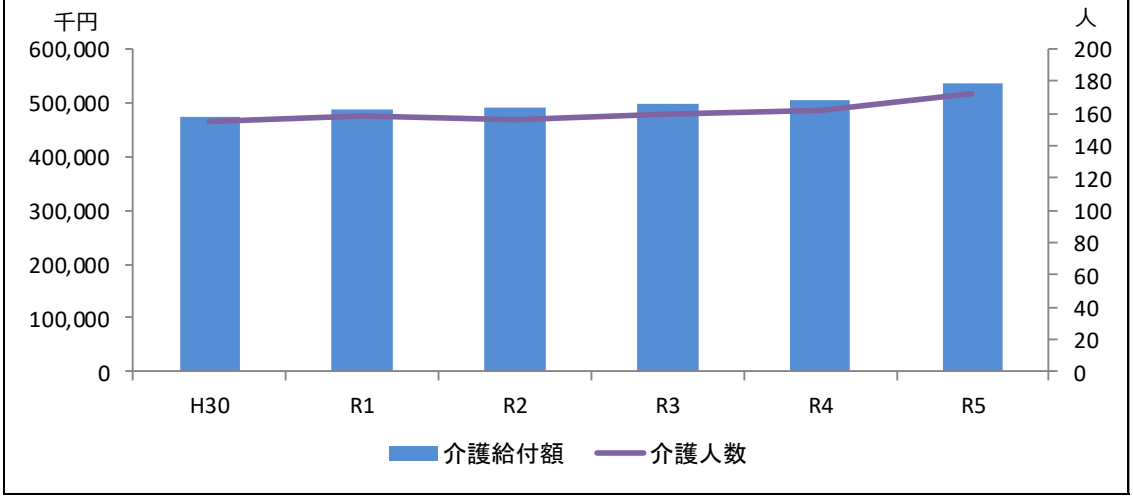


②介護老人保健施設

病状が安定しており、看護や介護に重点を置いたケアが必要な方が入所し、医学的な管理のもとでの介護、機能訓練、日常生活の介助などを行う施設サービスです。

令和 5 年度以降医療療養病床からの転換を 10 床見込んでいます。

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	472,901	488,577	490,992	499,030	506,181	535,632
	人数（人）	154	158	156	160	162	172

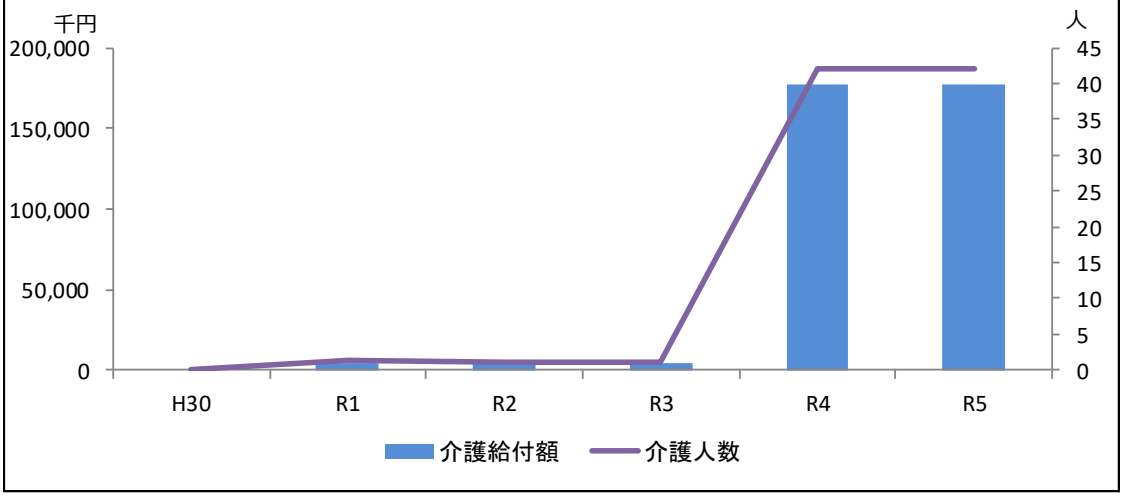


③介護医療院

「介護医療院」は、介護療養型医療施設及び医療療養病床からの新たな転換先（新介護保険施設）として創設されたもので、急性期は脱して全身状態は安定しているものの、まだ自宅へ退院できる状態ではなく、継続的な治療が必要なため、長期入院をする方に向けた施設サービスです。

令和４年度以降介護療養型医療施設から 41 床の転換分を見込んでいます。

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	0	4,888	4,246	4,113	176,659	176,659
	人数（人）	0	1	1	1	42	42

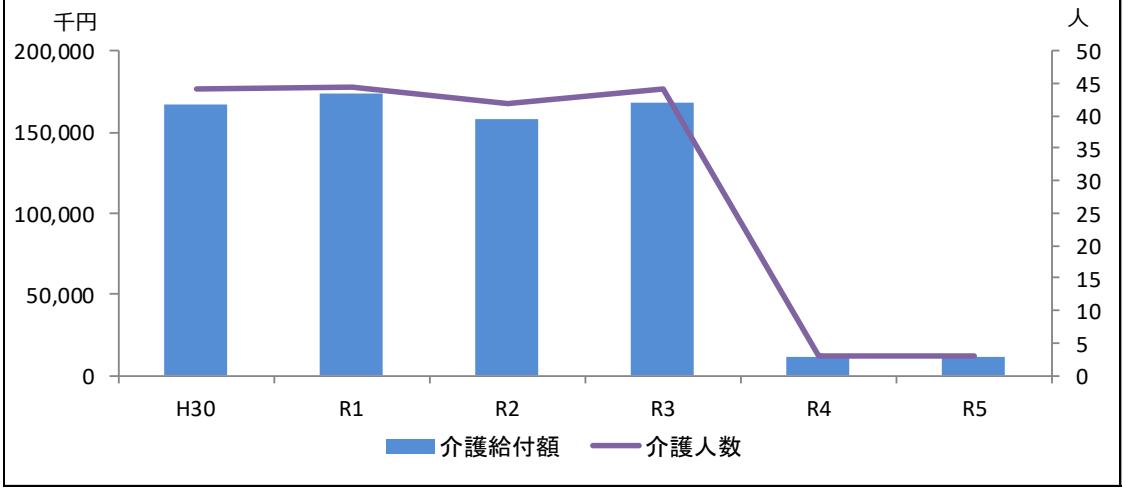


④介護療養型医療施設

急性期の治療が終わって、長期の療養が必要な方が入所し、医療、療養上の管理、看護などを行う施設サービスです。

令和４年度以降介護医療院へ 41 床転換を見込んでいます。

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	給付費（千円）	166,549	173,460	157,483	168,384	11,596	11,596
	人数（人）	44	44	42	44	3	3



第７章　介護保健事業に係る費用と保険料の算出

第１節　介護保険事業費の算出

（１）事業費算出の流れ

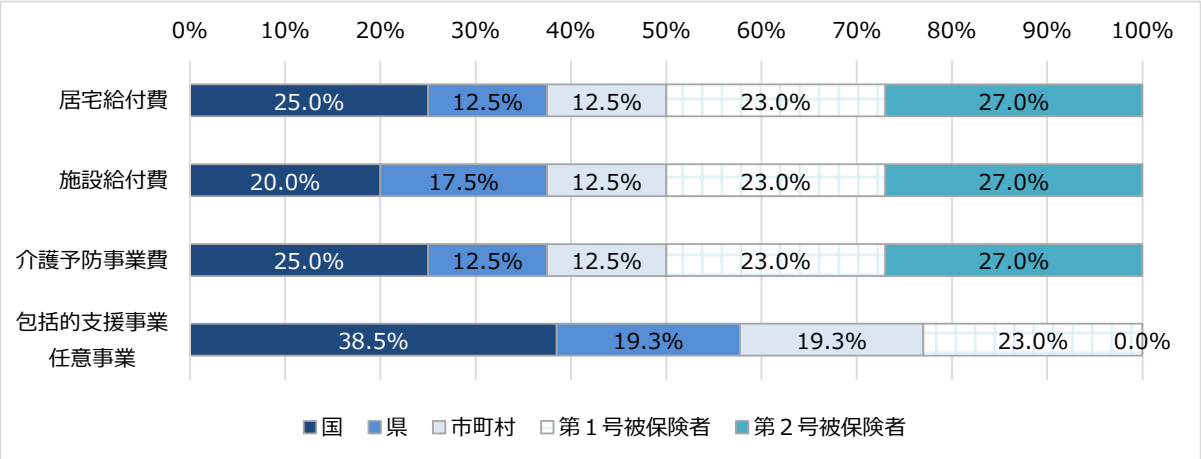
介護保険事業費及び第１号被保険者保険料は、計画期間における第１号被保険者数及び要介護（支援）認定者数の見込み、さらに、介護保険サービス及び地域支援事業に係る費用見込み等をもとに算定します。

要介護（支援）認定者に対する保険給付サービス費に加え、それ以外の高齢者全般に対する施策を含む地域支援事業が創設され、その事業費についても介護保険サービスと同様に第１号被保険者（65 歳以上の高齢者）の介護保険料を活用することとされました。

介護保険給付の費用は、50.0%が公費負担、残りの 50.0%が第１号被保険者と第２号被保険者による保険料負担となります。

なお、第１号被保険者の保険料負担割合は 23.0%に据え置きとなっています。

	国	県	市町村	第１号被保険者	第２号被保険者
居宅給付費	25.0%	12.5%	12.5%	23.0%	27.0%
施設給付費	20.0%	17.5%	12.5%	23.0%	27.0%
介護予防事業	25.0%	12.5%	12.5%	23.0%	27.0%
包括的支援事業・任意事業	38.5%	19.25%	19.25%	23.0%	-



（２）事業費の見込み

①予防給付費

予防給付費は、計画期間における、要支援１～２認定者に対する介護保険サービス供給量の見込みをもとに算出しています。

（単位：千円）

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
（1）介護予防サービス	81,306	82,864	84,225
介護予防訪問介護	0	0	0
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	13,935	13,942	13,942
介護予防訪問リハビリテーション	3,240	3,242	3,242
介護予防居宅療養管理指導	1,078	1,176	1,176
介護予防通所介護	0	0	0
介護予防通所リハビリテーション	45,155	46,389	47,598
介護予防短期入所生活介護	0	0	0
介護予防短期入所療養介護（老健）	265	265	265
介護予防短期入所療養介護（病院等）	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0
介護予防福祉用具貸与	6,498	6,712	6,864
特定介護予防福祉用具購入費	1,087	1,087	1,087
介護予防住宅改修	4,698	4,698	4,698
介護予防特定施設入居者生活介護	5,350	5,353	5,353
（2）地域密着型介護予防サービス	1,622	1,622	1,622
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	1,622	1,622	1,622
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0
（3）介護予防支援	11,053	11,219	11,378
合計	93,981	95,705	97,225

②介護給付費

介護給付費は、計画期間における、要介護１～５認定者に対する介護保険サービス供給量の見込みをもとに算出しています。　（単位：千円）

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
（1）居宅サービス		996,027	1,021,017	1,034,020
	訪問介護	81,554	84,690	85,136
	訪問入浴介護	3,670	3,672	3,672
	訪問看護	39,639	39,661	39,661
	訪問リハビリテーション	20,482	20,493	20,493
	居宅療養管理指導	16,218	16,490	16,618
	通所介護	303,215	310,456	314,957
	通所リハビリテーション	334,467	341,122	347,124
	短期入所生活介護	33,844	35,502	36,227
	短期入所療養介護（老健）	23,198	23,211	23,211
	短期入所療養介護（病院等）	677	678	678
	短期入所療養介護(介護医療院)	0	926	926
	福祉用具貸与	61,825	63,862	65,063
	特定福祉用具購入費	3,584	3,584	3,584
	住宅改修費	11,974	11,974	11,974
	特定施設入居者生活介護	61,680	64,696	64,696
（2）地域密着型サービス		656,723	661,728	667,970
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1,527	1,528	1,528
	夜間対応型訪問介護	0	0	0
	認知症対応型通所介護	37,841	40,760	43,658
	小規模多機能型居宅介護	95,419	95,472	95,472
	認知症対応型共同生活介護	224,344	224,469	224,469
	特定施設入居者生活介護	0	0	0
	介護老人福祉施設入所者生活介護	202,590	202,702	202,702
	看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0
	地域密着型通所介護	95,002	96,797	100,141
（3）施設サービス		990,727	1,016,215	1,045,666
	介護老人福祉施設	319,200	321,779	321,779
	介護老人保健施設	499,030	506,181	535,632
	介護医療院	4,113	176,659	176,659
	介護療養型医療施設	168,384	11,596	11,596
（4）居宅介護支援		140,325	143,171	146,136
合計		2,783,802	2,842,131	2,893,792

（３）その他の給付等の見込み

①標準給付費

（単位：円）

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	合計 （令和3年～令和5年）
総給付費（円）	2,877,783,000	2,937,836,000	2,991,017,000	8,806,636,000
特定入所者介護サービス費等給付額（円）	127,713,557	119,352,294	120,011,963	367,077,814
高額介護サービス費等給付額（円）	66,039,002	66,297,327	66,664,456	199,000,785
高額医療合算介護サービス費等給付額（円）	12,135,657	12,248,705	12,316,533	36,700,895
算定対象審査支払手数料（円）	3,024,742	3,052,929	3,069,827	9,147,498
標準給付費見込額（円）	3,086,695,958	3,138,787,255	3,193,079,779	9,418,562,992

②地域支援事業費

（単位：円）

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	合計 （令和3年～令和5年）
介護予防・日常生活支援総合事業費	66,315,572	68,148,505	69,981,438	204,445,515
包括的支援事業（地域包括支援 センターの運営）及び任意事業費	53,315,000	53,315,000	53,315,000	159,945,000
包括的支援事業（社会保障充実分）	16,972,000	16,972,000	16,972,000	50,916,000
地域支援事業費（円）	136,602,572	138,435,505	140,268,438	415,306,515

③所得段階別加入割合第１号被保険者数

（単位：人）

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	合計 （令和3年～令和5年）
第1段階	1,726	1,710	1,698	5,134
第2段階	951	943	936	2,830
第3段階	832	825	819	2,476
第4段階	1,318	1,306	1,297	3,921
第5段階	1,507	1,493	1,483	4,483
第6段階	1,559	1,545	1,534	4,638
第7段階	986	977	970	2,933
第8段階	509	504	500	1,513
第9段階	423	419	416	1,258
（合計）所得段階別加入割合被保険者数	9,811	9,722	9,653	29,186
（合計）所得段階別加入割合補正後被保険者数	9,529	9,442	9,375	28,345

※第１号被保険者保険料に不足が生じないよう、所得段階ごとに人数と保険料率を乗じた数の合計（＝所得段階別加入割合補正後被保険者数）を被保険者数とみなして基準額を算定します。

第２節　介護保険料の算出

（１）第１号被保険者の介護保険料の基準額の算出

標準給付費見込額	9,418,562,992円
＋	
地域支援事業費	415,306,515円
＝	
介護保険事業費見込額	9,833,869,507円
×	
第1号被保険者負担割合	23.0%
＝	
第1号被保険者負担分相当額	2,261,789,987円
＋	
調整交付金相当額	481,150,425円
－	
調整交付金見込額	819,128,000円
＋	
財政安定化基金償還金	0円
－	
財政安定化基金取崩による交付額	0円
－	
準備基金充当額	12,000,000円
＋	
市町村特別給付費等	0円
＝	
保険料収納必要額	1,911,812,412円
÷	
予定保険料収納率	98.6%
÷	
所得段階別加入割合補正後第1号被保険者数（3年間）	28,345人
＝	
年額保険料	68,406円
÷	
12 か月	
＝	
月額保険料（基準額）	**5,700円**
（参考）**前期の**月額保険料（基準額）	5,700円

（２）所得段階に応じた保険料額の設定

第１号被保険者の介護保険料基準額に対して、準備基金を充当し、保険料に充当することにより、介護保険料基準月額を設定し、さらに所得段階に応じた保険料設定を以下の通り行います。

	令和３年度	令和４年度	令和５年度	負担割合
第１段階※	1,710 円	1,710 円	1,710 円	0.30
第２段階※	2,850 円	2,850 円	2,850 円	0.50
第３段階※	3,990 円	3,990 円	3,990 円	0.70
第４段階	5,130 円	5,130 円	5,130 円	0.90
第５段階	5,700 円	5,700 円	5,700 円	1.00
第６段階	6,840 円	6,840 円	6,840 円	1.20
第７段階	7,410 円	7,410 円	7,410 円	1.30
第８段階	8,550 円	8,550 円	8,550 円	1.50
第９段階	9,690 円	9,690 円	9,690 円	1.70

※第１段階、第２段階、第３段階は低所得者の介護保険料軽減強化適用

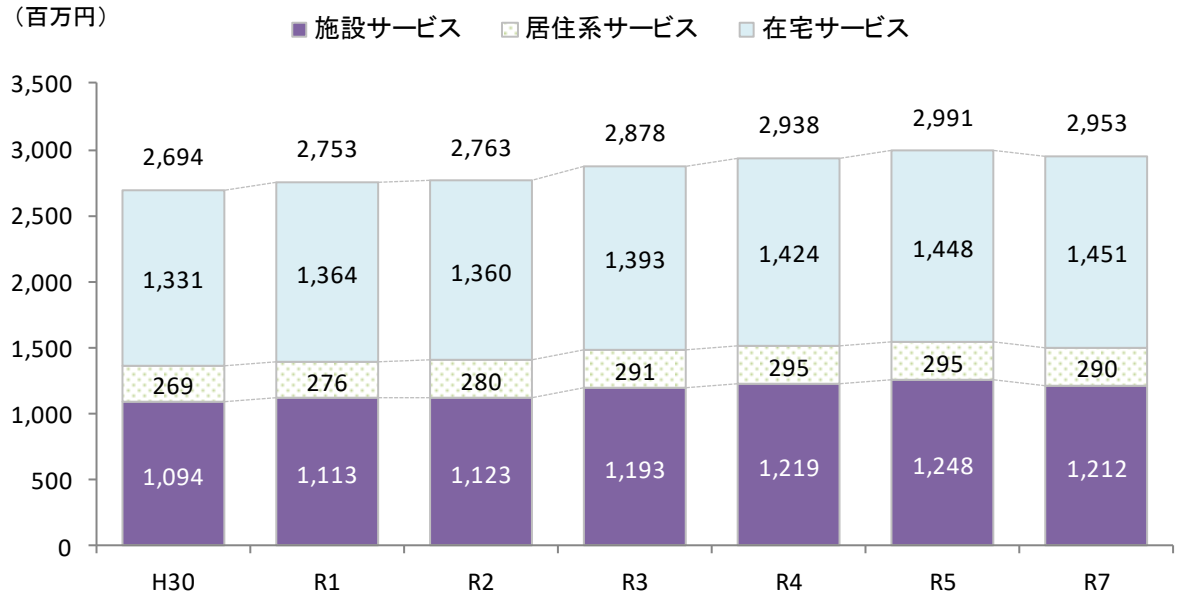
各段階における保険料負担割合の概要は以下のとおりとなります。

	該当条件	基準額に対する割合
第１段階	生活保護世帯者、世帯全員が住民税非課税の老齢福祉年金受給者 世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円以下	0.30
第２段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円超 120 万円以下	0.50
第３段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等 120 万円超	0.70
第４段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人が住民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円以下	0.90
第５段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人が住民税非課税かつ本人年金収入等 80 万円超	1.00　基準
第６段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額 120 万円未満	1.20
第７段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額 120 万円以上 210 万円未満	1.30
第８段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額 210 万円以上 320 万円未満	1.50
第９段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額 320 万円以上	1.70

第３節　2025 年（令和７年）のサービス水準等の推計

（１）2025 年（令和７年）のサービス水準等の推計

団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年（令和７年）に向けた「地域包括ケア計画」として計画的・段階的に進めていくことで、どのように地域包括ケアシステムを作っていくのか、2025 年（令和７年）を見据えて中長期的にサービス水準等について推計しました。

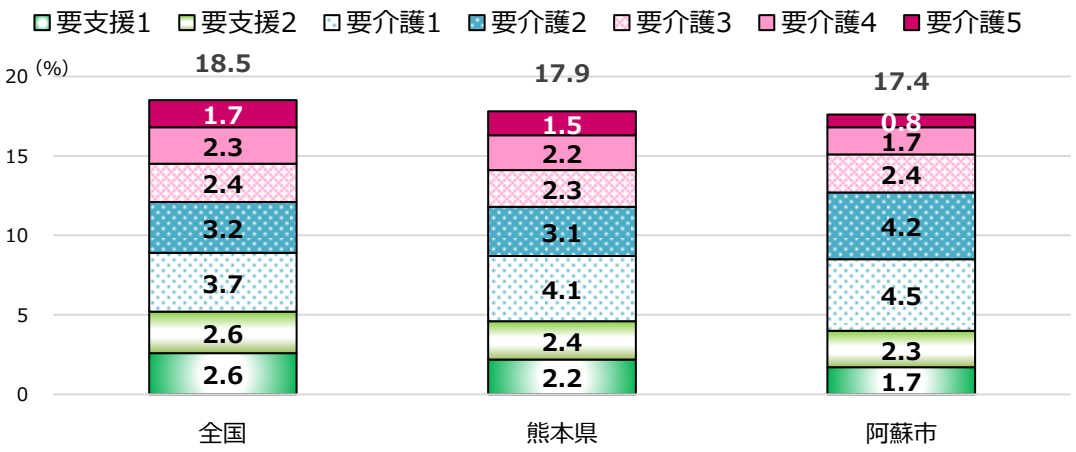


（単位：千円）	令和3年度	令和4年度	令和5年度
総給付費	2,877,783	2,937,836	2,991,017
在宅サービス	1,393,092	1,424,401	1,448,131
居住系サービス	291,374	294,518	294,518
施設サービス	1,193,317	1,218,917	1,248,368

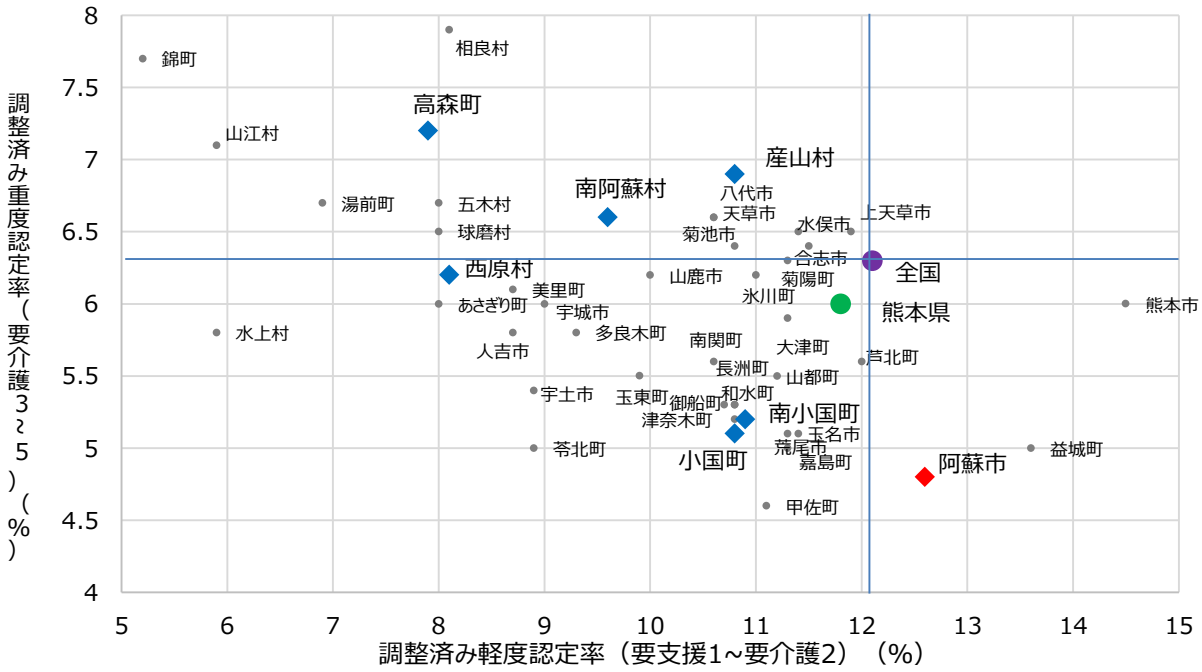
資料編

1　本市における介護保険事業の特徴

（1）認定率



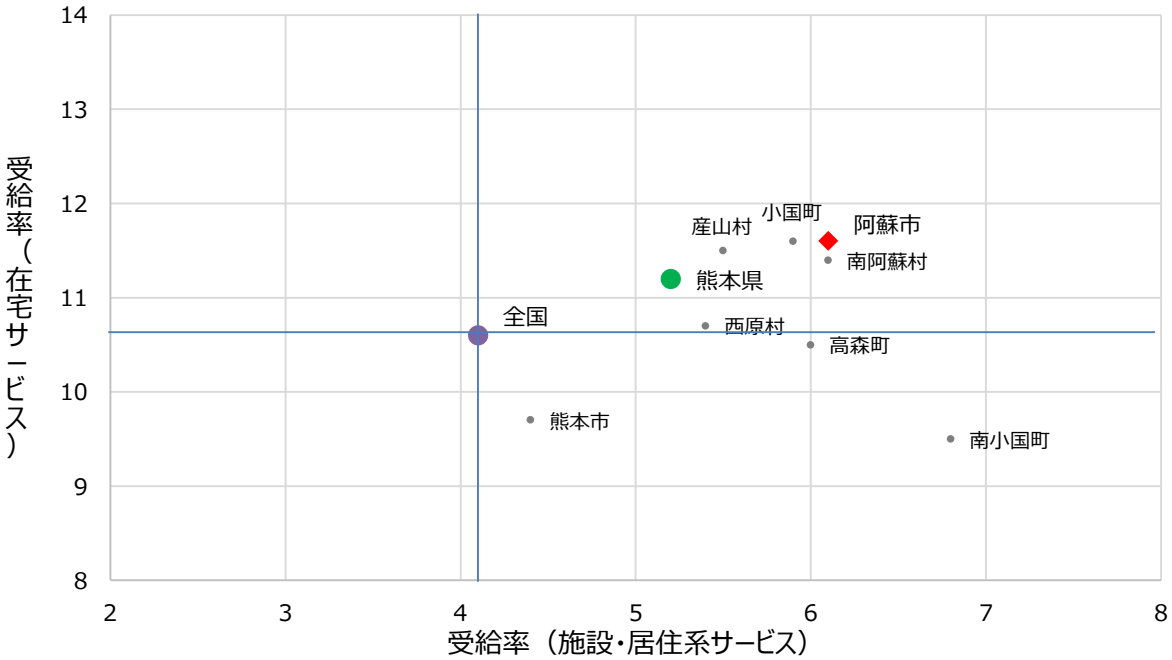
資料：地域包括ケア「見える化システム」B5-a_調整済み認定率（要介護度別）_2019



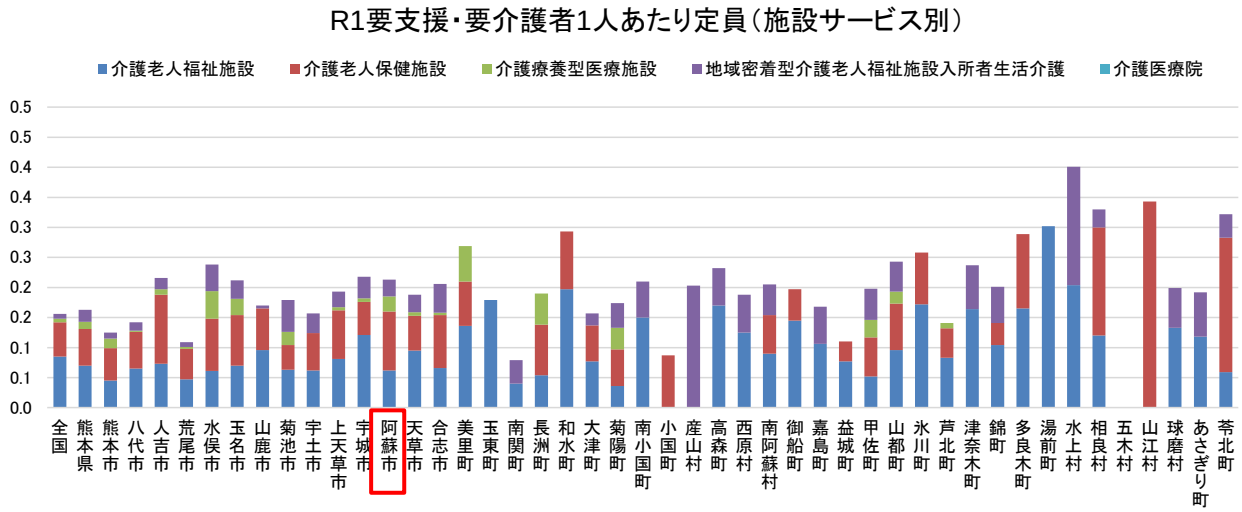
資料：地域包括ケア「見える化システム」B6-_調整済み重度認定率と調整済み軽度認定率の分布_2019 地域別

（２）受給率

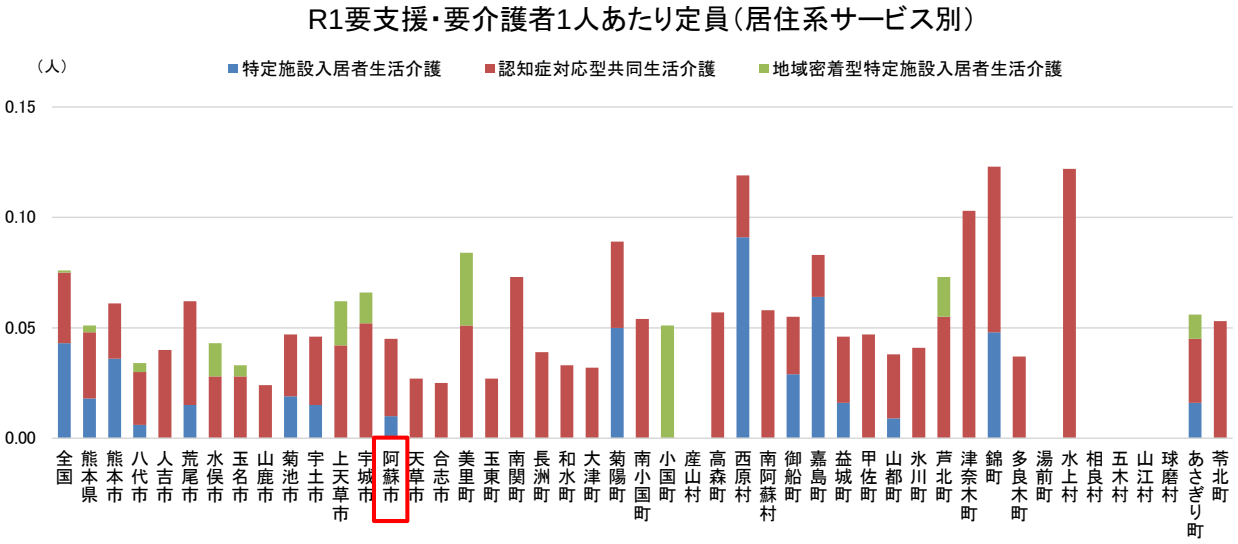
R2 受給率（在宅サービス／施設・居住系サービス）



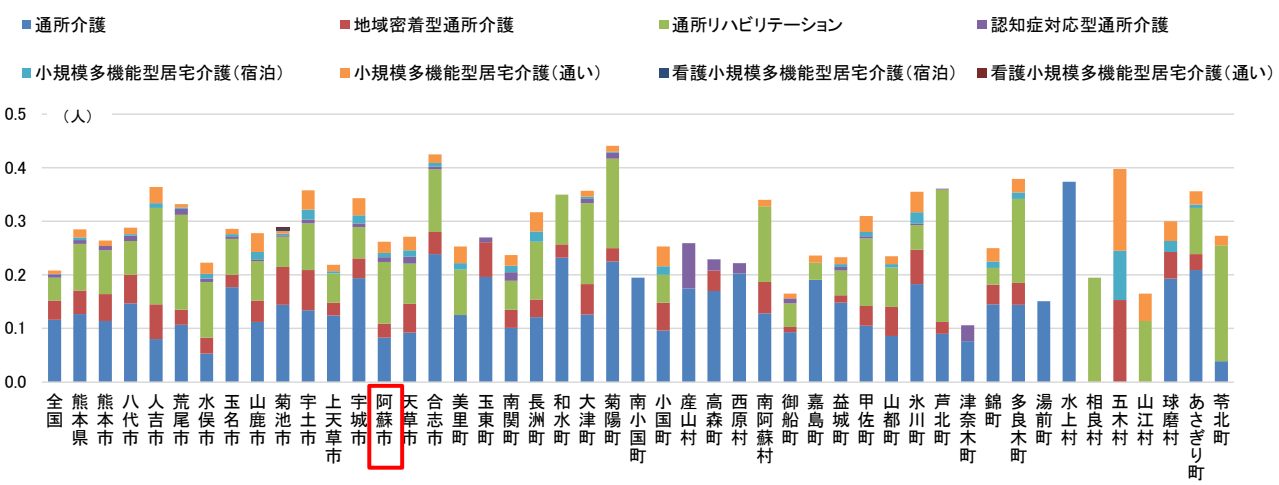
資料：地域包括ケア「見える化システム」D2_受給率（施設サービス）_2020_地域別
地域包括ケア「見える化システム」D３_受給率（居住系サービス）_2020_地域別
地域包括ケア「見える化システム」D４_受給率（住宅サービス）_2020_地域別



資料：地域包括ケア「見える化」システム　D28_要支援・要介護１人あたり定員（施設サービス別）_2019_地域別



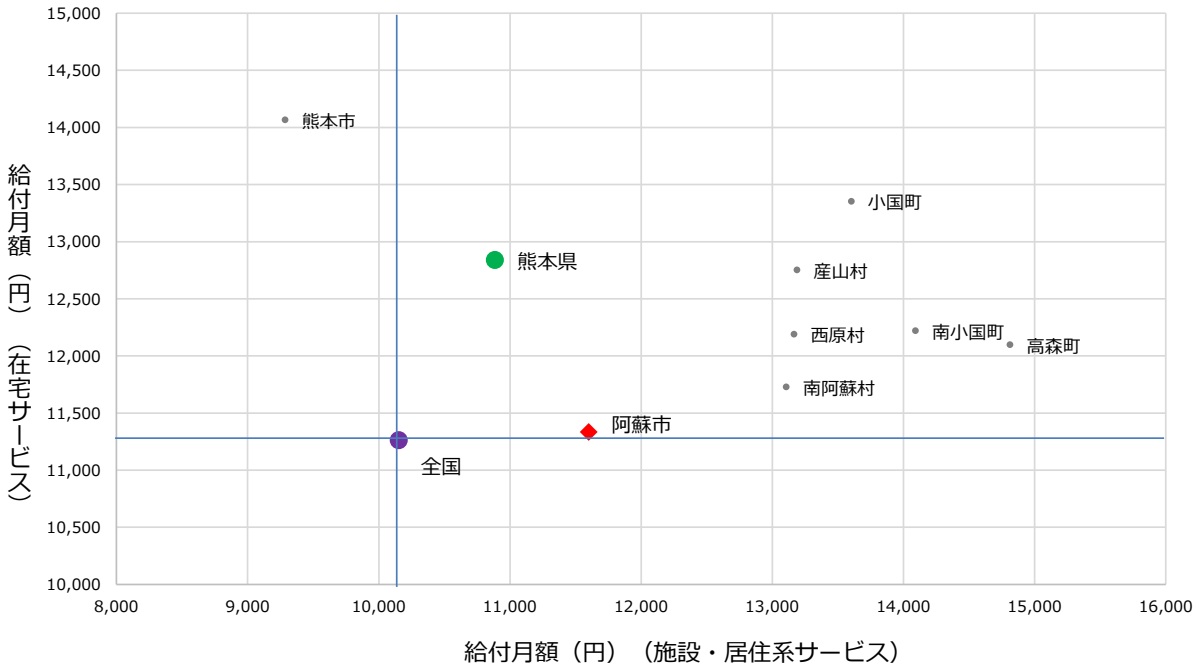
資料：地域包括ケア「見える化」システム　D29_要支援・要介護１人あたり定員（居住系サービス別）_2019_地域別



資料：地域包括ケア「見える化」システム　D30_要支援・要介護１人あたり定員（通所系サービス別）_2019_地域別

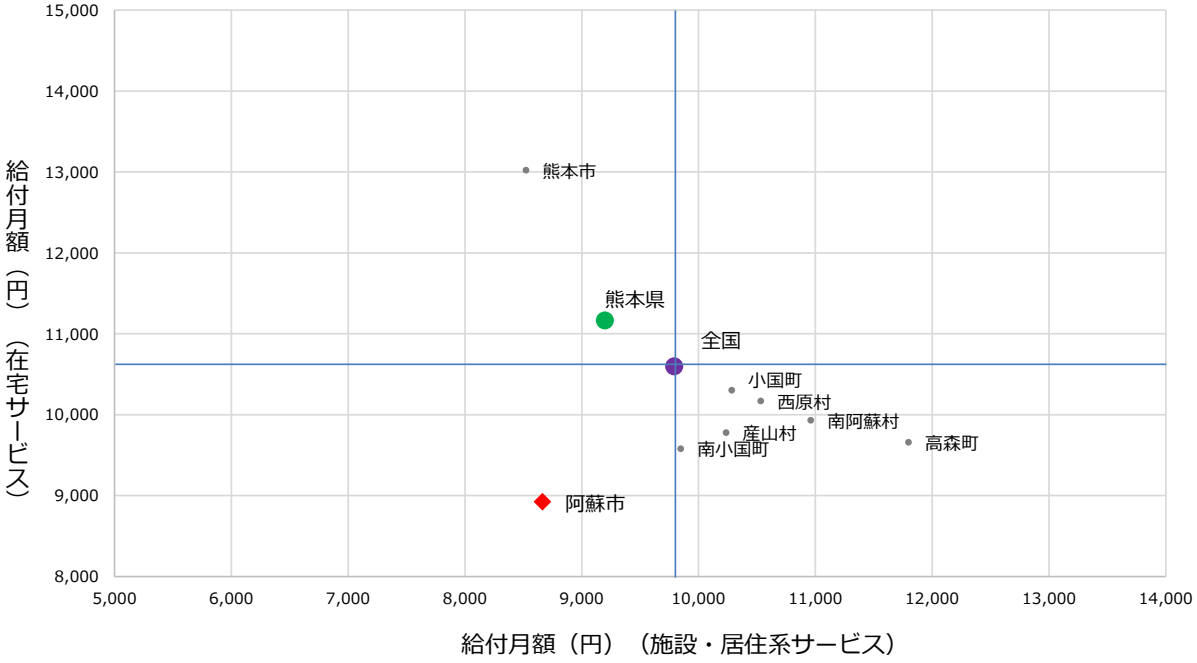
（３）第１号被保険者１人あたり給付月額

①H30 第１号被保険者１人あたり給付月額（在宅サービス・施設および居宅系サービス）



資料：地域包括ケア「見える化」システム　D6_第１号被保険者１人あたり給付月額（在宅サービス・施設および居住系サービス）_2018_地域別

②H30 調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（在宅サービス・施設および居宅系サービス）



資料：地域包括ケア「見える化」システム　D8_調整済み第１号被保険者１人あたり給付月額（在宅サービス・施設および居住系サービス）_2018_地域別

2　阿蘇市介護保険事業計画等推進委員会設置条例

平成 17 年 4 月 1 日
阿蘇市条例第 217 号

(設置)

第 1 条　介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 117 条の規定に基づき定める阿蘇市介護保険事業計画、老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）第 20 条の 8 の規定に基づき定める阿蘇市老人福祉計画及び老人保健法（昭和 57 年法律第 80 号）第 46 条の 18 の規定に基づき定める阿蘇市老人保健計画を策定し推進するため、阿蘇市介護保険事業計画等推進委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(協議事項)

第 2 条　委員会は、阿蘇市介護保険事業計画、阿蘇市老人福祉計画及び阿蘇市老人保健計画に関する事項について協議する。

(構成)

第 3 条　委員会は、委員 20 人以内をもって構成するものとし、市長が委嘱する。

2　委員会に会長及び副会長を置き、委員の中から委員の互選による定める。

3　会長は、会務を総理する。

4　副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるときは、その職務を代理する。

(任期)

第 4 条　委員会の委員の任期は 3 年とする。ただし、補欠委員の任期は、前任期の残任期間とする。

(会議)

第 5 条　委員会の会議は、会長が必要に応じて招集する。

2　委員会は、委員の過半数以上が出席しなければ会議を開催することはできない。

3　議長は会長とし、議事は、出席委員の過半数で決定する。なお、可否同数の場合は議長の決するところによる。

(庶務)

第 6 条　委員会の庶務は、ほけん課において処理する。

(委任)

第 7 条　この条例に定めるもののほか、委員会の運営等に関して必要な事項は、市長が別に定める。

附　則

この条例は、平成 17 年 4 月 1 日から施行する。

附　則（平成 19 年 3 月 30 日阿蘇市条例第 24 号）

この条例は、平成 19 年 4 月 1 日から施行する。

附　則（平成 24 年 12 月 19 日阿蘇市条例第 26 号）

この条例は、平成 25 年 4 月 1 日から施行する。

3　阿蘇市介護保険事業計画等推進委員会名簿

（順不同　敬称略）

所属団体等	役職名	委員氏名	備考
阿蘇市議会	文教常任委員長	森元　秀一	
阿蘇郡市医師会	監事	古閑　宏	会長
阿蘇郡市歯科医師会	専務理事	安光　千昭	副会長
阿蘇郡市薬剤師会	会長	玉飼　博之	
阿蘇医療センター	院長	甲斐　豊	
熊本県地域密着型サービス連絡会	委員	緒方　健造	
熊本県介護支援専門員協会	介護支援専門員	灰瀬　美和	
阿蘇市区長会	会長	村上　幹夫	
阿蘇市民生委員・児童委員協議会	会長	坂梨　正章	
阿蘇市老人クラブ連合会	会長	藤井　貴美夫	
阿蘇市身体障害者福祉協会	副会長	浜野　龍紀	
阿蘇市食生活改善推進員協議会	会長	大空　靜子	
阿蘇市地域婦人会	副会長	桑木　邦子	
阿蘇市社会福祉協議会	事務局長	藤崎　三郎	
住民代表	阿蘇市健康づくり推進員代表	山根　康英	R2.4.1~ R2.12.10
		松田　智恵美	R3.1.7~
住民代表（第１号被保険者）	介護者代表	佐藤　良子	

４　阿蘇市介護保険事業計画等推進委員会の経過

年　月　日	内　容
2020 年(令和２年) 8 月 12 日	第１回推進委員会 （１）本会議と高齢者福祉・介護保険事業計画について （２）地域包括ケア見える化システム等を活用した分析結果 （３）日常生活圏域ニーズ調査分析結果について （４）前期計画の進捗状況について
2020 年(令和２年)11 月 12 日	第２回推進委員会 （１）介護人材実態調査結果 （２）計画書（骨子）について
2021 年(令和３年)1 月 7 日	第３回推進委員会 （１）阿蘇市高齢者いきいきプラン（素案）について
2021 年(令和３年)2 月 12 日	第４回推進委員会 （１）意見募集（パブリックコメント）の結果について （２）阿蘇市高齢者いきいきプランについて （３）第８期における介護保険料について

5　用語集

NO.	用語	解説
1	e ラーニングシステム	インターネット等の情報技術を利用した学習形態であり、厚生労働省が要介護認定適正化事業の一環として開発したもの。「全国テスト」及び教材・問題集による学習を実施することにより、認定調査員の調査能力の向上等を目的とする。
2	インセンティブ	目標を達成するための刺激・誘因のこと。
3	インフォーマルサービス	公的機関や専門職による介護保険制度に基づくサービスや支援（フォーマルサービス）以外の支援のこと。 具体的には、家族、近隣、友人、民生委員、ボランティア、非営利団体（NPO)などの制度に基づかない援助などが挙げられる。
4	介護予防サポーター	介護予防の人材育成研修を修了し、阿蘇市から認定された者で、地域で行われる様々な介護予防活動を支える人材。
5	介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）	介護保険制度の改正により、平成 28 年 4 月から、要支援 1・2 の高齢者が利用できる介護保険サービスのうち、「介護予防訪問介護（ホームヘルプ）」と「介護予防通所介護（デイサービス）」が、国の基準で実施していた介護予防給付サービスから、自治体の基準で実施する「介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）」に移行された。「訪問型サービス」、「通所型サービス」からなる「介護予防・生活支援サービス事業」と、主に全ての高齢者を対象とした「一般介護予防事業」で構成される。
6	協議体	新しい総合事業の生活支援・介護予防の体制の整備に当たり、市が主体となり、生活支援コーディネーターと生活支援・介護予防サービスの提供主体等が参画し、地域のニーズの発掘や多様な主体への働きかけ、関係者との連携、担い手養成やサービスの開発等、全市的な課題を検討する場。
7	ケアプラン	在宅の要介護者等が、介護サービスを適切に利用できるように、心身の状況、生活環境、サービス利用の意向等を勘案して、サービスの種類、内容、時間及び事業者を定めた計画。

8	ケアマネジャー （介護支援専門員）	利用者の身体状態等に合わせケアプランを作成するとともに、サービス事業者等との調整やプラン作成後のサービス利用状況等の管理を行う者。
9	国保データベース（KDB）システム	国民健康保険中央会が「特定健診・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」などに係る情報を利活用して保険者向けに統計情報等を提供し、保険者の効率的・効果的な保健事業の実施をサポートするために開発されたシステム。
10	事業対象者	基本チェックリストを用いた簡易な形で介護予防・生活支援サービス事業の対象と判断された者。
11	サービス付き高齢者向け住宅	「高齢者住まい法」の改正により創設された介護・医療と連携し、高齢者の安心を支えるサービスを提供するバリアフリー構造の住宅。
12	サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム	サービス付き高齢者向け住宅を運営する事業者が県に登録申請を行った情報を公開するための専用のホームページ。全国の情報をまとめて閲覧することができる。
13	生活支援コーディネーター	生活支援サービスの充実及び高齢者の社会参加に向けて、ボランティア等の生活支援・介護予防の担い手の養成・発掘等地域資源の開発や、関係者間の情報共有・連携体制づくり等を担う者。
14	セルフケア	「自分の健康は自分で守る」という考え方を理解し、そのために必要な知識、技法を身につけ、日常生活の場でそれを積極的に実施できること。
15	ターミナルケア	終末期のこと。余命わずかになってしまった人へ行うケアを、ターミナルケア（終末期医療、終末期看護）という。
16	地域ケア会議	高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法。市や地域包括支援センター等が主催し、①医療、介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める、②個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化する、③共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映等の政策形成につなげる、といった目的がある。

17	地域マネジメント	地域の実態把握・課題分析を通じて、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返し行うことで、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組（「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書（平成28年3月）」より）。
18	地域包括ケアシステム	高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供される体制。
19	地域包括ケア「見える化」システム	都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システム。介護保険に関連する情報をはじめ、地域包括ケアシステムの構築に関する様々な情報が一元化され、グラフ等を用いた見やすい形で提供される。
20	地域包括支援センター運営協議会	地域包括支援センターの公正および中立性を確保し、円滑かつ適正な運営を図るため、①センターの運営に関すること、②センターの職員の確保に関すること、③その他、地域包括ケアの推進に関することについて調査、審議する機関。
21	認知症疾患医療センター	認知症の早期発見・診療体制の充実、医療と介護の連携強化、専門医療相談の充実を図ることを目的とした医療機関。
22	認知症地域支援推進員	認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、関係機関の連携支援のほか、認知症施策や事業の企画調整等を行う者。
23	PDCAサイクル	PDCAサイクルとは、Plan(計画)・Do（実行）・Check（評価）・Action（改善）を繰り返すことによって業務を継続的に改善していく手法のこと。
24	フレイル	「『加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態』を表す“frailty”の日本語訳として日本老年医学会が提唱した用語。フレイルは、要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。」と定義されている。 『フレイル診療ガイド2018年版』（日本老年医学会／国立長寿医療研究センター、2018）

阿蘇市高齢者いきいきプラン

令和3年度～令和5年度（第8期）

発　行　阿蘇市役所
〒869-2695
熊本県阿蘇市一の宮町宮地 504 番地 1
電話　0967-22-3111（代表）

発行日　令和３年３月