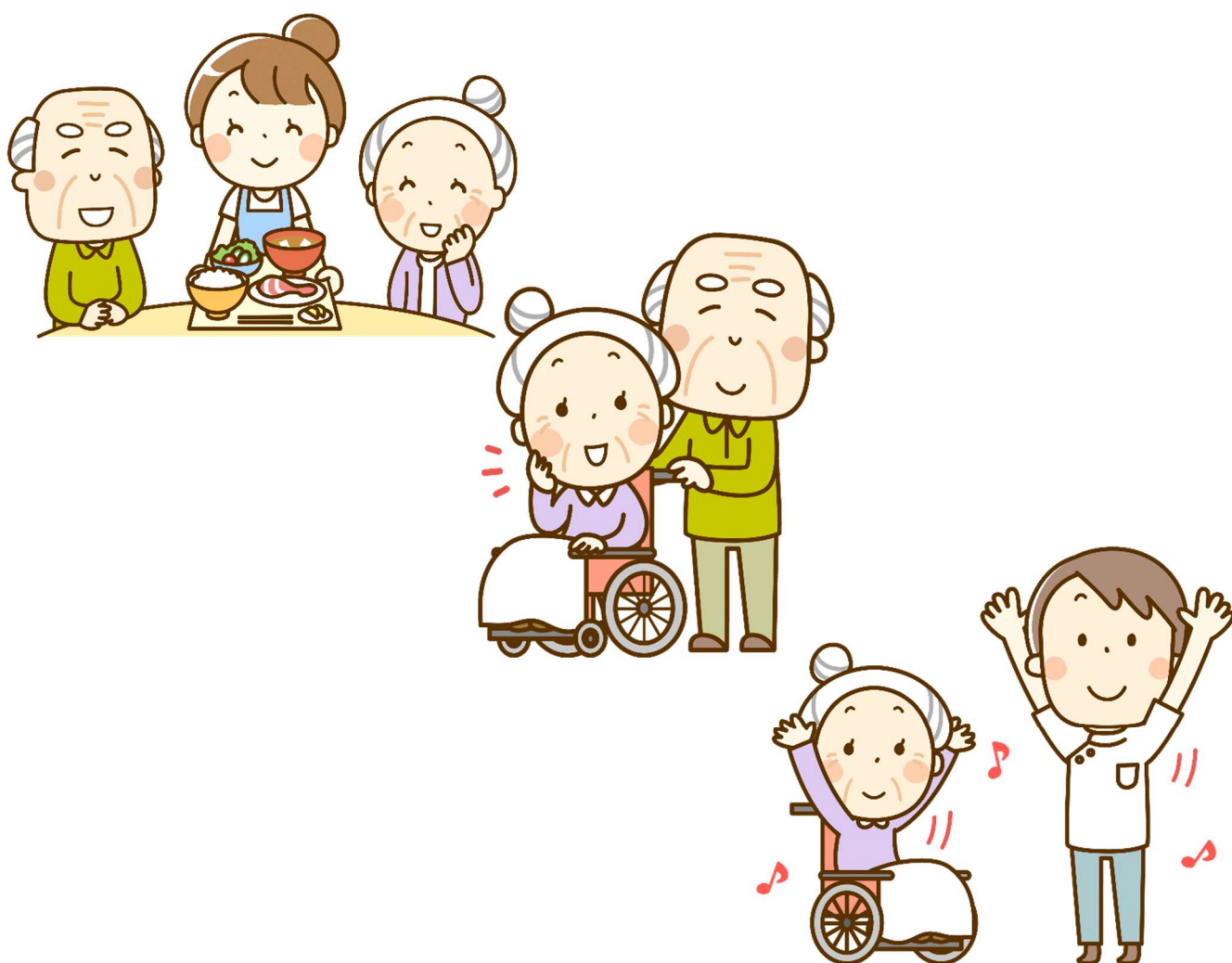


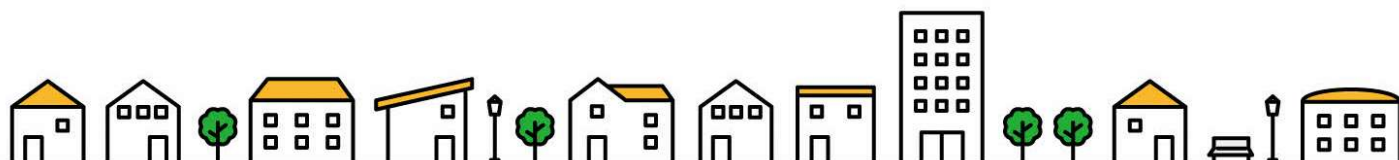
宇城市高齢者保健福祉計画及び 第9期介護保険事業計画

(令和6年度～令和8年度)

やすらぎと幸せを実感できる宇城市



令和6年
宇城市



はじめに

わが国では、平成 23（2011）年以降の総人口が減少に転じていく中で、高齢者の占める割合はますます増加しており、団塊の世代すべての人が 75 歳以上となる令和 7（2025）年、さらに団塊ジュニア世代が令和 22（2040）年に 65 歳以上に到達し、令和 24 年（2042）年には高齢者人口がピークを迎えると予測されています。高齢者人口の増加に伴い、ひとり暮らし高齢者、認知症高齢者、要支援・要介護認定者など、支援を必要とする人の増加も見込まれています。



本市においては、全国都市圏よりも早く高齢化が進んでおり、平成 17（2005）年に 25.5%だった高齢化率は、令和 5（2023）年 10 月 1 日現在で 35.0%と大きく上昇し、今後、高齢者人口がピークを迎える令和 6（2024）年には高齢化率は 35.3%に達すると推計されます。その後、本市の高齢者人口は減少に転じることが予測されていますが、85 歳以上人口は横ばい傾向が続くと予測され、年少人口と生産年齢人口の減少に伴い、本市の高齢化率は相対的に更に上昇が続けると推測しています。

令和 3（2021）年度より取り組んだ高齢者保健福祉計画・第 8 期介護保険事業計画では、団塊の世代が 75 歳以上となる令和 7（2025）年を見据え、介護保険制度の持続可能性を維持しながら、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことを可能としていくため、限りある社会資源を効率的かつ効果的に活用しながら、介護サービスの確保のみに留まらず、医療、介護、予防、住まい及び生活支援が包括的に確保される体制である「地域包括ケアシステム」の深化・推進に取り組んできました。

今後は令和 22（2040）年を見据えた「地域共生社会の実現と 2040 年への備え」を着実に進めていくことが必要であり、本市の社会保障費の伸びを押さえるためには、介護保険制度の持続可能性を維持しながら、「地域包括ケアシステム」を地域の実情に応じてさらに深化・推進していくことが重要となります。

今回策定した「宇城市高齢者保健福祉計画・第 9 期介護保険事業計画」では、第 2 次宇城市総合計画（平成 29 年度～令和 6 年度）に掲げる分野別基本方針である「共に支え合う福祉社会の実現」「健康で安心して暮らせるまちづくり」「自立を支える社会保障制度の適正化」を目指し、各種施策を展開してまいります。

本計画の推進にあたっては、行政だけでなく、市民や関係機関の皆様との協働・協創による取り組みが重要であると考えておりますので、皆様の一層のご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

結びに、本計画の策定に当たり、宇城市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画審議会の委員の皆様をはじめといたしまして、貴重なご意見やご協力をいただきました皆様に心からお礼を申し上げます。

令和 6 年 3 月

宇城市長 守田憲史

目次

第1部 総論	1
第1章 計画策定にあたって	1
第1節 計画策定の趣旨	1
第2節 国の動向や制度改正を踏まえた計画策定	3
第3節 前期計画の評価	8
第2章 まちの現状	20
第1節 人口と高齢者の現状	20
第2節 日常生活圏域の設定	28
第3節 日常生活圏域ごとの現状	29
第4節 各種調査結果について	35
第5節 本市の現状から見えてきた課題	46
第3章 計画の基本的な考え方	48
第1節 計画の目指す姿	48
第2節 基本構想と基本計画の枠組み	51
第2部 各論	55
第1章 施策の展開	55
第1節 生涯現役社会の実現といきがいに満ちたまちづくり	55
第2節 地域包括ケア推進体制の構築	84
第3節 認知症になっても安心して暮らせるまちづくり	95
第4節 在宅医療・介護連携の推進	105
第5節 多様な住まい等の整備と防災・災害対策等の推進	110
第6節 介護人材の確保とサービスの質の向上	118
第2章 介護保険事業量の推計	124
第1節 認定者等の推移と予測	124
第2節 介護保険サービスの量の見込みと確保策	129
第3章 介護保険事業に係る費用と保険料の算出	132
第1節 介護保険事業費の算出	132
第2節 介護保険料の算出	137
第3節 2040年のサービス水準等の推計	139
第4章 計画の推進体制	141
第1節 計画推進に向けた役割と連携	141
第2節 進捗状況管理	142
第3部 資料編	145

総論

第 1 部 総論

第 1 章 計画策定にあたって

第 1 節 計画策定の趣旨

1 計画策定の背景

わが国では、少子高齢化が進行し、総人口が減少を続ける一方で、平成 27 年には団塊の世代が 65 歳以上となり、高齢者人口は大幅に増加しています。本市におきましても、令和 4 年時点で高齢化率が 34.6%（3 人に 1 人は高齢者）となっており、今後も高齢化は更に進行していく見込みです。

本市では、団塊の世代が 75 歳以上となる令和 7 年を見据え、以下の 7 つの基本目標を掲げ、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組を推進してきました。

- 1 生涯現役社会の実現と生きがいに満ちたまちづくり
- 2 地域包括ケア推進体制の構築
- 3 認知症になっても安心して暮らせるまちづくり
- 4 在宅医療・介護連携の推進
- 5 多様な住まい・サービスの整備促進
- 6 介護人材の確保とサービスの質の向上
- 7 防災と感染症対策

今後、団塊の世代が 75 歳以上となる令和 7 年、さらに現在は働き盛りの年齢である団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる令和 22 年を見据えると、さらなる後期高齢者の増加と、それに伴って支援を必要とする人が増え続けることが想定されます。

そのため、要介護高齢者や支援を必要とする高齢者を地域で支え、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、地域住民、事業者等が連携した、新たな担い手による持続可能な介護・福祉サービスの創出を目指していくことが必要となっています。

このようなことから本市では、高齢者に関する保健、福祉施策と介護保険施策の密接な連携の下、「地域共生社会の実現」を目指し、総合的、体系的に実施していくため、「宇城市高齢者保健福祉計画及び第 9 期介護保険事業計画」を策定しました。

【介護保険制度の経過と宇城市介護保険料基準額・全国平均介護保険料基準額】

期	介護保険制度の経過	期間 宇城市介護保険料基準額 (全国平均介護保険料基準額)
第1期 制度開始	・介護保険サービスと原則1割負担する制度の開始 ・ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイ（在宅3本柱）の利用が増加	平成12～14年度 (2,911円)
第2期 制度定着	・施設入所の適正化とケアマネジャー等の資質向上、サービスの質向上、在宅強化 ・要支援、要介護1の軽度認定者の掘り起こしが進む	平成15～17年度 (3,293円)
第3期 制度改正	・量から質、施設から在宅、地域ケアの視点重視 ・地域包括支援センター設置と地域密着型サービスの提供開始	平成18～20年度 4,450円 (4,090円)
第4期 予防の強化と地域福祉との連携	・特定高齢者対策や介護予防、健康づくりの推進 ・介護サービス事業所に対する助言及び指導、監督の適切な実施	平成21～23年度 4,800円 (4,160円)
第5期 地域包括ケアシステムの構築	・地域包括ケアシステムの構築に向けた連携強化 ・施設・居住系サービスの適正な整備に関する参酌標準の撤廃	平成24～26年度 5,300円 (4,972円)
第6期 在宅医療・介護連携と総合事業の導入	・地域包括ケア実現に向け在宅医療・介護連携の本格化 ・2025年までの中長期的な視野に立った施策の展開 ・市町村の裁量による介護予防・日常生活支援総合事業の導入	平成27～29年度 6,000円 (5,514円)
第7期 介護予防・総合事業の開始と権限強化	・新しい介護予防・日常生活支援総合事業の開始 ・在宅医療・介護連携、認知症施策推進、地域ケア推進会議の設置 ・居宅介護支援事業所の権限移行など市町村権限の強化	平成30～令和2年度 6,300円 (5,869円)
第8期 人材確保と業務効率化、感染症対策	・地域共生社会の実現 ・介護人材の確保策の強化と業務効率化の取組の強化 ・災害や感染症対策に係る体制整備	令和3～5年度 6,300円 (6,014円)

※第1期・第2期の宇城市介護保険料基準額に関しては、合併前のため掲載なし。

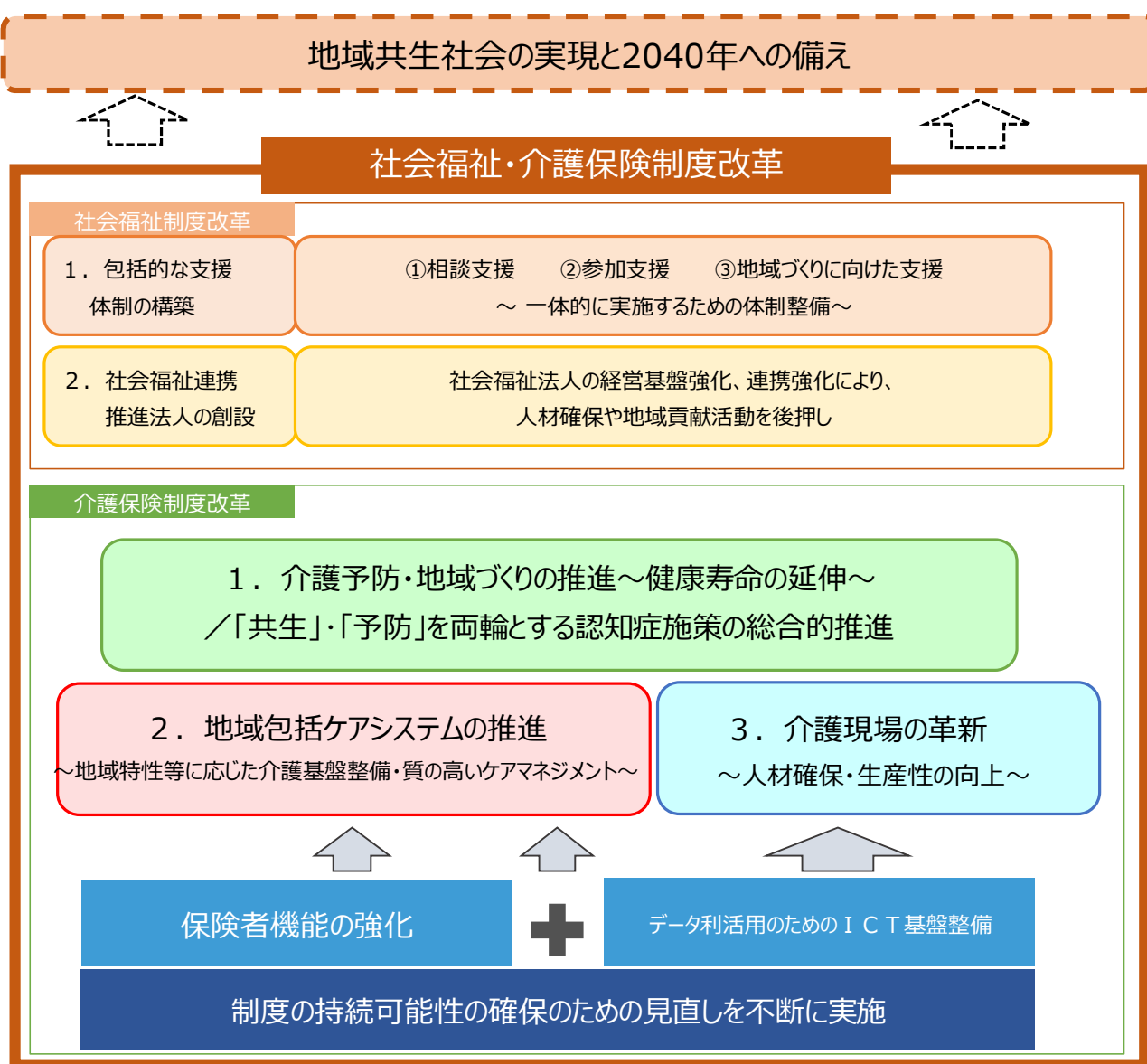
第2節 国の動向や制度改革を踏まえた計画策定

1 介護保険制度改革の概要

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

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

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



2 計画の位置づけについて

(1) 法的根拠について

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、令和3年3月に策定した高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画の見直しを行ったものとなります。

(2) 高齢者保健福祉計画と介護保険事業計画の関係について

高齢者保健福祉計画は、介護保険サービスの提供の他、介護保険の対象とならない生活支援サービス等の提供も含めて、すべての高齢者に対して、心身の健康の保持及び日常生活を維持するために必要な措置が講じられるよう、高齢者保健福祉サービス全般にわたる方策を定めるものです。

一方、介護保険事業計画は、介護サービスの見込み量や制度の円滑な運営に資する方策等を定めるものであり、その内容は高齢者保健福祉計画に包含されていることから、両計画を一体的に策定するものです。

(3) 第9期計画の位置づけ

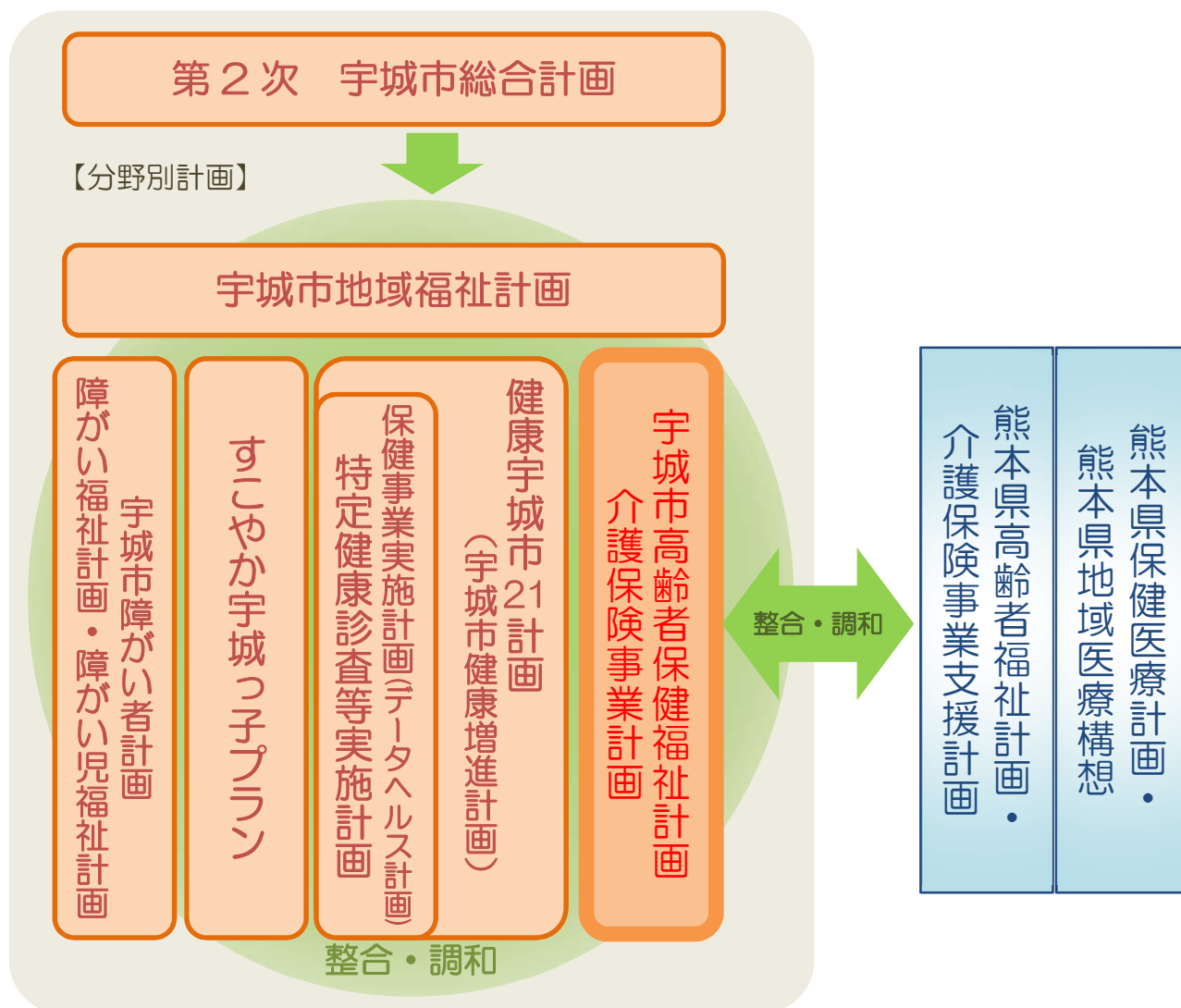
本計画は、計画期間において必要となるサービス量を適切に見込み、サービス全般にわたる方策を定め、それに基づき保険料を設定するとともに、団塊の世代が75歳以上となる令和7（2025）年を見据え、「地域包括ケアシステム」を深化・推進するための計画として位置づけるものです。

同時に、団塊ジュニア世代が65歳になり、高齢者人口がピークとなる2040年に向けた、「地域共生社会の実現と2040年への備え」を着実に実行していくため、関連計画と連携し実現を目指す実施計画と位置づけられています。

(4) 他計画との関係性

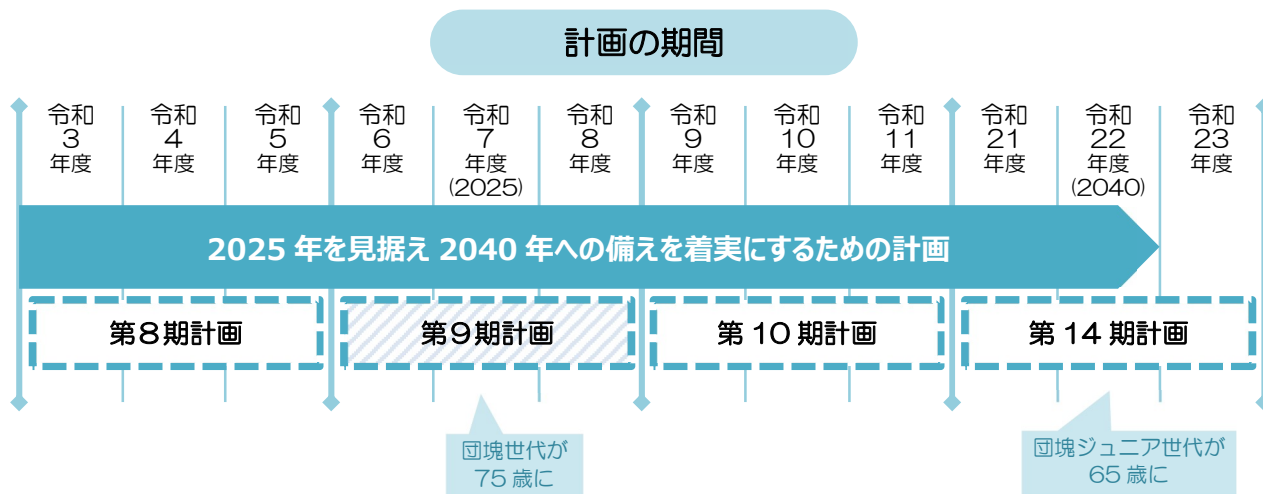
本計画は、総合計画の分野別計画として位置づけられるものとなります。

計画の見直しにあたっては、国の定める策定方針を踏まえ、関連計画との整合性を図りました。



3 計画の期間

団塊の世代が75歳となる令和7年度を見据え、2040年への備えを着実にするために、地域包括ケアシステムの深化・推進を目指し、令和6年度から令和8年度までの3年間の計画期間とします。



4 計画策定の体制

（１）宇城市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画審議会の設置

本計画は、学識経験者や保健・医療・福祉関係団体代表者、住民の代表からなる「宇城市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画審議会」を設置し、幅広く審議を行いました。

（２）日常生活圏域ニーズ調査の実施

生活の状況や社会参加、今後の生活についての意見や潜在的なニーズ等を調査するため、65 歳以上の市民のうち、要介護認定者以外の方を対象として郵送による全数調査を行いました。

（３）在宅介護実態調査の実施

家族介護の実態や介護離職の有無などを調査するため、要介護認定者のうち、施設等入所者を除く方を対象として認定調査員による調査を行いました。

（４）介護給付分析の実施

新規認定者の原因疾患や認定者の介護度の変化などに関する本市の課題と地域性について、認定情報システムから認定者の介護認定時の心身状況と、介護給付システムから認定者の介護サービスの利用状況を突合し、分析を行いました。

また、その結果を関係機関等と共有し課題解決に向けた検討を行うための会議を開催しました。

（５）市民の意見の反映

「宇城市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画審議会」に、一般公募による委員として市民の方に参画いただきました。

また、パブリックコメントを実施し、市民意見の募集を行いました。

5 計画の推進

本計画の実施にあたっては、庁内関係部局が連携し、各種施策を推進していきます。これまで推進してきた地域包括ケアシステムをさらに深化させるためには、市民をはじめ各種団体との協働が必要となります。

また、介護保険法第 117 条に基づき、市町村は「被保険者の自立支援、介護予防又は重度化防止」及び「介護給付の適正化」について本計画中に取り組むべき事項及びその目標値を定めることとされています。

そのため、本計画期間中の重点取組と目標値を設定しています。

6 計画の達成状況の点検

本計画の効果的な推進を図るため、計画期間中は毎年度点検評価を行います。

第3節 前期計画の評価

1 前期計画における重点目標

介護保険法第117条に基づき、市町村は「被保険者の自立支援、介護予防又は重度化防止」及び「介護給付費の適正化」に関して、本計画期間中に取り組むべき事項及びその目標値を定めることとされています。

そのため、自ら健康づくりと介護予防に取り組み、それを地域ぐるみで支援することの重要性が高まり、同時に、自立支援・重度化防止の取り組みも重要となる現状をふまえ、前期計画期間中における重点的取組と目標を次のとおり設定しました。

<重点的取組>

- 地域の互助による通いの場を核とした積極的な介護予防と健康づくり
- 予防と共生を両輪とした認知症対策の総合的な推進
- 自立支援・重度化防止
- 介護給付の適正化

	目標項目	基準値 (R 2)	目標値 (R 3)	目標値 (R 4)	目標値 (R 5)
1	65歳以上の元気な高齢者の割合	82.7%	82.7%	82.7%	82.7%
2	65歳以上の高齢者の幸福度を高める	市平均 7.28点	—	—	市平均 7.30点
3	住民主体の通いの場（週1回）の数※	81地区	100地区	118地区	136地区
4	認知症サポーター養成数（累積数）	8,004人	8,304人	8,604人	8,904人
5	認知症サポーター養成率	人口の13%	人口の13%	人口の14%	人口の15%
6	ケア会議等での個別事例検討数	28件	36件	40件	44件
7	e-ラーニングシステムの登録と活用率	100%	100%	100%	100%
8	認定調査員の研修の実施回数	5回	6回	6回	6回
9	ケアプラン点検率	13.2%	13.3%	13.4%	13.5%
10	医療情報突合の実施月数	12月	12月	12月	12月
11	縦覧点検の実施月数	12月	12月	12月	12月

※住民主体の通いの場（週1回）の数「いきいき百歳体操」「脳いきいきサロン」の合計数

2 前期計画における重点目標の達成状況

前期計画で設定した重点目標の達成状況の確認・評価を行いました。

なお、本市では、この評価とは別に毎年度、サービスの種類ごとの受給者数や給付実績等を定期的にモニタリングするとともに、保険者機能強化推進交付金等の評価結果を活用し運営協議会等で公表し、未達成の場合は具体的な改善策を講じるなど、PDCAサイクルによる取組を推進してきました。

	目標項目	基準値 (R 2)	目標値 (R 5)	実績値 (R 4)	評価
1	65 歳以上の元気な高齢者の割合	82.7%	82.7%	83.1%	○
2	65 歳以上の高齢者の幸福度を高める	市平均 7.28 点	市平均 7.30 点	市平均 7.17 点	×
3	住民主体の通いの場（週 1 回）の数※	81 地区	136 地区	112 地区	×
4	認知症サポーター養成数（累積数）	8,004 人	8,904 人	9,212 人	○
5	認知症サポーター養成率	人口の 13%	人口の 15%	人口の 15.7%	○
6	ケア会議等での個別事例検討数	28 件	44 件	81 件	○
7	e-ラーニングシステムの登録と活用率	100%	100%	100%	○
8	認定調査員の研修の実施回数	5 回	6 回	6 回	○
9	ケアプラン点検率	13.2%	13.5%	10.5%	×
10	医療情報突合の実施月数	12 月	12 月	12 月	○
11	縦覧点検の実施月数	12 月	12 月	12 月	○

○：目標達成（100%以上） ▲：目標未達（95%以上） ×：目標達成できず（95%以下）

その結果、目標達成できたものが 8 個（72.7%）、目標達成できなかったものが、「65 歳以上の高齢者の幸福度を高める」、「住民主体の通いの場（週 1 回）の数」、「ケアプラン点検率」となりました。

目標達成できなかった要因として、「65 歳以上の高齢者の幸福度を高める」では、幸福度が高い方の特徴と分析された「週 1 回以上の社会参加」、「地域活動へのお世話役としての参画」の 2 項目で新型コロナウイルス感染症の影響で活動できなかったことが、幸福度を下げる要因となったと考えられます。

「住民主体の通いの場（週 1 回）の数」では、新型コロナウイルス感染症の影響があったと考えられます。

一方、「ケアプラン点検率」に関しては、事業所から提出のあった分は全て点検していますが、提出の件数を任意としているため目標としている点検率には届きませんでした。

3 前期計画期間中の主な取組状況と課題

本市では、第8期計画の目指す姿「やすらぎと幸せを実感できる宇城市」の実現に向けて、以下7つの基本目標を設定し、事業を展開してきました。

＜7つの基本目標＞

- 1 生涯現役社会の実現と生きがいに満ちたまちづくり
- 2 地域包括ケア推進体制の構築
- 3 認知症になっても安心して暮らせるまちづくり
- 4 在宅医療・介護連携の推進
- 5 多様な住まい・サービスの整備促進
- 6 介護人材の確保とサービスの質の向上
- 7 防災と感染症対策

第8期期間中の主な取組と主要な成果は、以下のとおりです。

〈基本目標1〉

生涯現役社会の実現といきがいに満ちたまちづくり

これまでの取組

- 令和3年度から令和4年度にかけて、総合事業を集約し、より参加しやすい事業に取り組むとともに、「いきいき百歳体操」の活性化と介護予防サポーターの養成を行いました。
- 高齢者の社会参加を促進するために、老人クラブの活動を助成し、地域の清掃活動、健康づくり事業、地域の子供たちの見守り活動などを推進しました。
- 高齢化に伴い、敬老事業の対象者は増加傾向にあります。今後も高齢者が生きがいを感じられるような取組を続けます。
- 就労は健康づくりや介護予防に寄与すると認識されています。そのため、高齢者の就労支援として、シルバー人材センターの活動を支援しました。また、シルバー人材センターの会員を増やすための取組として、65歳の介護保険被保険者証を郵送する際に、センターの取組についてのリーフレットを同封しました。
- 生活支援体制整備事業では、高齢者の介護予防・生活支援に関わるサービスの情報を集めた冊子と買い物資源などの電子媒体を、市社会福祉協議会のホームページで閲覧できるよう作成しました。
- 生活習慣病予防や重症化予防のため、健康教育や健康相談を実施するとともに健康

診査を行いました。併せて、特定保健指導・重症化予防事業も実施しました。

- 「さしより野菜」のプロジェクトでは、食事で野菜を先に食べることが糖尿病や高血圧の予防に寄与するとの考えから、地元の野菜に着目した健康づくりの取組を行いました。
- 令和4年度からは、ポピュレーションアプローチの取組として、歯科口腔健診を中心としたオーラルフレイル（口腔機能低下）等の啓発活動を、75歳到達者説明会や「いきいき百歳体操」等の実施地区で行いました。

今後の主な課題

- 安心生活サポート事業では、高齢者のニーズがあってもサービス提供者とのマッチングができないケースがあるため、事業の広報活動及び啓発活動、事業協力員の確保及びその教育・養成が必要です。
- 地域における介護予防対策を推進しているため、「いきいき百歳体操」や「地域型認知症予防教室」のような週に1回以上開催されるイベントは増加傾向ですが、これらのイベント数をさらに増加させるためには、地域への啓発活動や少人数グループ設立などを検討する必要があります。
- 高齢者の生活範囲が広がり、趣味が多様化、地域とのつながりの希薄化により、老人クラブの会員数が減少傾向にあります。
- シルバー人材センターの会員数は少しずつ増えているものの、契約件数や就業総数が減少しています。このため、運営支援を続けるとともに、広報等を活用した事業周知を検討する必要があります。
- 地域ケア会議、座談会、訪問を通じて把握した生活支援のニーズに基づき、介護予防及び生活支援サービス事業、生活支援体制整備事業における具体的なサービス内容の充実・改善を検討する必要があります。
- 健康寿命の延伸のために、保健・医療・介護のさらなる連携の強化を図り若い時から生活習慣病予防・重症化予防・フレイル（身体機能の低下）等の予防に取り組むことを習慣化させることが重要です。
- 介護予防につながらない方へのアプローチを検討していく必要があります。

〈基本目標2〉

地域包括ケア推進体制の構築

これまでの取組

- 地域包括支援センターの機能強化として、予防ケアプランの作成を居宅介護支援事業所に一部を委託しました。これにより、地域包括センターは総合相談などの主要な業務に集中できる体制を整えることができました。

- 令和4年度からは、総合事業対象者の卒業に向けた地域ケア個別会議を開始し、事業の終了後も必要なサービス（地域での集まり場所など）が継続できるように対策を講じました。
- 地域ケア会議で把握した地域の課題を、地域ケア推進会議で関係者と共有しました。自助・互助できることを精査するとともに、政策形成に必要な情報を収集しました。
- 本市では、地域福祉権利擁護事業を担う社会福祉協議会に、令和2年度から成年後見支援センターの業務を委託しました。これにより、成年後見制度の対象とはならないが判断能力が低下している方から、法人後見までの一貫した相談体制を確立しました。

今後の主な課題

- 高齢者人口の増加に対応し、家族介護者支援等を充実するために、地域包括支援センターの専門職を適正に配置し、業務負担軽減のための体制整備等を行う必要があります。
- 地域ケア会議等での課題は、必要に応じて関係各部署と共有し課題解決に向けた検討をする必要があります。
- 日常生活圏域ニーズ調査では、成年後見制度について、「聞いたことがあるし、その制度を知っている」とした方は4人に1人となっています。まだまだ、市民への成年後見制度の周知が広まっているとは言い難い状況であり、周知・啓発が必要です。
- 市民後見人の養成講座に取り組む必要があります。
- 予防ケアプランの作成を居宅介護支援事業所に外部委託する仕組みを確立しました。しかし、予防ケアプランの作成費用は介護ケアプランと比べて低く、人材不足のため委託を受けることが困難な事業所が出てきています。

〈基本目標3〉

認知症になっても安心して暮らせるまちづくり

これまでの取組

- 認知症の方やその家族をサポートする認知症サポーターの養成を実施し、現在、本市では認知症サポーターの数が9,212人となり、人口比では約16.1%に達しています。
- 認知症地域支援専門員を配属し、認知症フォーラムの開催や認知症ケアパスの更新・普及等により、認知症への理解を図りました。
- 認知症の方が、同じ病気と向き合う仲間との語り合える「本人ミーティング」に取

り組みました。

- 宇城市包括支援センターでは、認知症の方やその介護者に対して 24 時間 365 日対応の相談窓口を設置し、多くの相談を受け付けています。
- 地元建築業者から寄贈を受けた廃材を活用し、小川工業高校の生徒が製作したパズルを認知症予防プログラムに取り入れるなど、地域住民と協力したプログラムの開発にも取り組んでいます。
- 認知症の方だけでなく、市民誰もが参加できる交流の場として、認知症カフェの設置を推進しました。
- 行方不明のリスクがある認知症等の方を事前に登録し、宇城警察署と情報共有し、見守りを強化する「認知症等高齢者見守り SOS ネットワーク」を整備しています。さらに、宇土市・美里町・宇城警察署と連携し、広域的な高齢者見守りのための情報提供に関する協定を締結しました。

今後の主な課題

- 地域で認知症の方とその家族を支えるために認知症サポーターを増やすことが求められています。認知症サポーターを増やすために、小中学校や企業等に講座開催の働きかけが必要です。
- 認知症の状態に応じたサービス提供の流れを示す「認知症ケアパス」を市民に周知する必要があります。
- 地域の認知症予防対策として、地域型認知症予防教室を設置する地区を増やすことが重要です。
- 認知症初期集中支援チームが効果的に機能するように、地域包括支援センターや関連医療機関等との連携を強化する必要があります。
- 運転免許証の自主返納者への対策や、認知機能テストに通らなかった人への代替交通手段の提供などの支援も今後は不可欠です。

〈基本目標 4〉

在宅医療・介護連携の推進

これまでの取組

- 「在宅医療・介護連携推進員」の配置により、医療機関と介護事業所等間の多職種連携体制の構築を進めています。また、この連携を深めるために会議や研修会を定期的開催しています。
- 「宇城市医療と介護の連携マニュアル」を医療と介護の連携ツールとして活用しています。このマニュアルは毎年更新し、市内の医療機関や介護保険事業所等に配布して情報を共有し、連携の普及と啓発を行っています。

- 入退院支援のある医療機関の充実化や、介護事業所における連携窓口の増加により、入退院時の迅速な情報連携と平時の介護事業所や主治医等との連携が可能となってきています。

今後の主な課題

- 宇城地域では、宇城地域在宅医療サポートセンターが設置され、急変時の医療機関の対応や入退院支援等に取り組んでいます。宇城圏域である本市も情報共有や連携体制の構築を今後も推進していかなければなりません。
- 高齢者のライフサイクルや生活環境が多様化しており、単なる医療と介護の提供だけでは解決できないケースが増えてきています。認知症患者の増加などを考慮すると、地域で生活しつつ医療や介護サービスを受けられるネットワークや地域づくりが求められています。それに対応するには、制度の枠を超えた支援や連携が求められています。
- 高齢者一人ひとりが自分の人生をポジティブに捉え、高齢期のライフサイクルの場面毎で自己決定や意思表示ができるよう、支援していく必要があります。
- 「くまもとメディカルネットワーク」を活用していますが、利用者がまだ少なく、十分には活用できていない状況です。利用が広がるよう周知活動を行い、医療・介護関係者間での情報共有が可能となるように支援が必要です。
- かかりつけ医機能の充実のため、医療部局と連携を強化する必要があります。

〈基本目標 5〉

多様な住まい・サービスの整備促進

これまでの取組

- 介護を行う家族を支援するために、介護用品購入助成事業と宇城市介護自立支援事業を実施しています。
- 安心相談確保事業に該当する1人暮らしの高齢者等を対象に、緊急通報装置を利用することで、急病・災害等の緊急時に適切な対応ができるよう取り組んでいます。
- 高齢者が住み慣れた地域で快適に生活を続けられるよう、在宅の要介護者がいる世帯に対し、住宅改造に必要な経費を助成しています。（助成対象となるには特定の条件があります。）

今後の主な課題

- 介護用品購入助成事業、宇城市介護自立支援事業、安心相談確保事業、そして在宅で介護を必要とする高齢者のための住宅改造助成事業についての周知を市民および

多職種に対して、継続的に行う必要があります。

- 在宅の要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することが必要です。

〈基本目標6〉

介護人材の確保とサービスの質の向上

これまでの取組

- 要介護認定の公平性と公正性を維持するため、認定調査員向けの研修を定期的に実施しています。
- 介護支援専門員が作成したケアプラン（サービス計画書）については、資料の確認を行っています。疑問点がある場合は、その重要性に応じて、プランを作成した介護支援専門員や事業所の管理者と電話や面談を通じて確認を行っています。
- 居宅介護支援事業所を対象に、居宅部会と連携し、必要なサービスの導入とケアマネジメントの向上を目指しています。この目的のもと、課題整理総括表の作成や利用に関連する研修を行っています。
- 住宅改修や福祉用具の購入・貸与調査を実施する際は、リハビリテーション専門職を含む専門職と連携し、利用者の状態に適した手続きが行われるように点検しています。
- 国保連合会の介護給付適正化システムを活用し、請求内容の誤りを早期に発見し、適切な処置を行います。不明確な請求状況については、事業者の確認を行い必要に応じて誤りの調整や返還を依頼しています。
- 介護サービス事業所の業務の健全化を目指し、運営に対する指導を行っています。
- 関係部署と連携し、介護医療の専門資格取得を推進し、介護人材の確保に努めています。

今後の主な課題

- 介護サービスの質を向上させるためには、ケアマネジャーのケアマネジメントに関する研修、介護事業所向けの効果的なサービス提供に関する研修、高齢者虐待防止や感染症対策、災害時の業務継続計画作成等の研修を進め、情報を提供することが必要です。
- 介護サービス事業者への運営指導は、指定期間内において計画的に実施し適切な事業運営を行い併せてケア向上につなげることが大切です。
- ケアマネジャーの支援力を上げるために、自立支援・重度化防止の観点から検討が必要なケースについてはケアプランの検討会やケア会議などで具体的な事例検討を通じ、多職種協働でケアマネジメント力の向上を図る必要があります。

- 有料老人ホームなどに入居している方のケアプランが自立支援・重度化防止に寄与しているかどうかを重点的に確認することが必要です。
- リハビリテーション専門職を介護事業所に派遣し、生活リハビリの重視した質の高い機能訓練ができる人材を増やしていく必要があります。
- 事業所からの各種届出について「電子申請届出システム」での電子申請を原則化することで、文書負担軽減や介護現場の生産性向上を推進する必要があります。

〈基本目標 7〉

防災と感染症対策

これまでの取組

- 避難行動を必要とする人々に対応するため、避難行動要支援者名簿を作成し、災害が発生した場合やその可能性がある場合には、この名簿に基づいて関連機関への協力要請を行う体制を構築しています。
- 避難所での生活において特別な配慮を必要とする方への適切な対応を行うため、老人福祉施設やその他の施設と協定を締結し、福祉避難所を指定しています。
- ウイルス感染症対策の啓発や周知を行うとともに、相談窓口での相談も受け付けています。さらに、感染症対策を行った避難所の運営を適切に行うため、「感染症対策避難所運営マニュアル」を作成しています。

今後の主な課題

- 南海トラフ地震が起きた場合、本市でも震度6の地震が観測される可能性があります。このような可能性がある災害に対する周知と対策、日頃からの訓練の実施などが求められています。
- 避難行動要支援者名簿の関係機関への提供に同意していただいていない方が存在します。そのため、同意を得るための対策が必要となります。

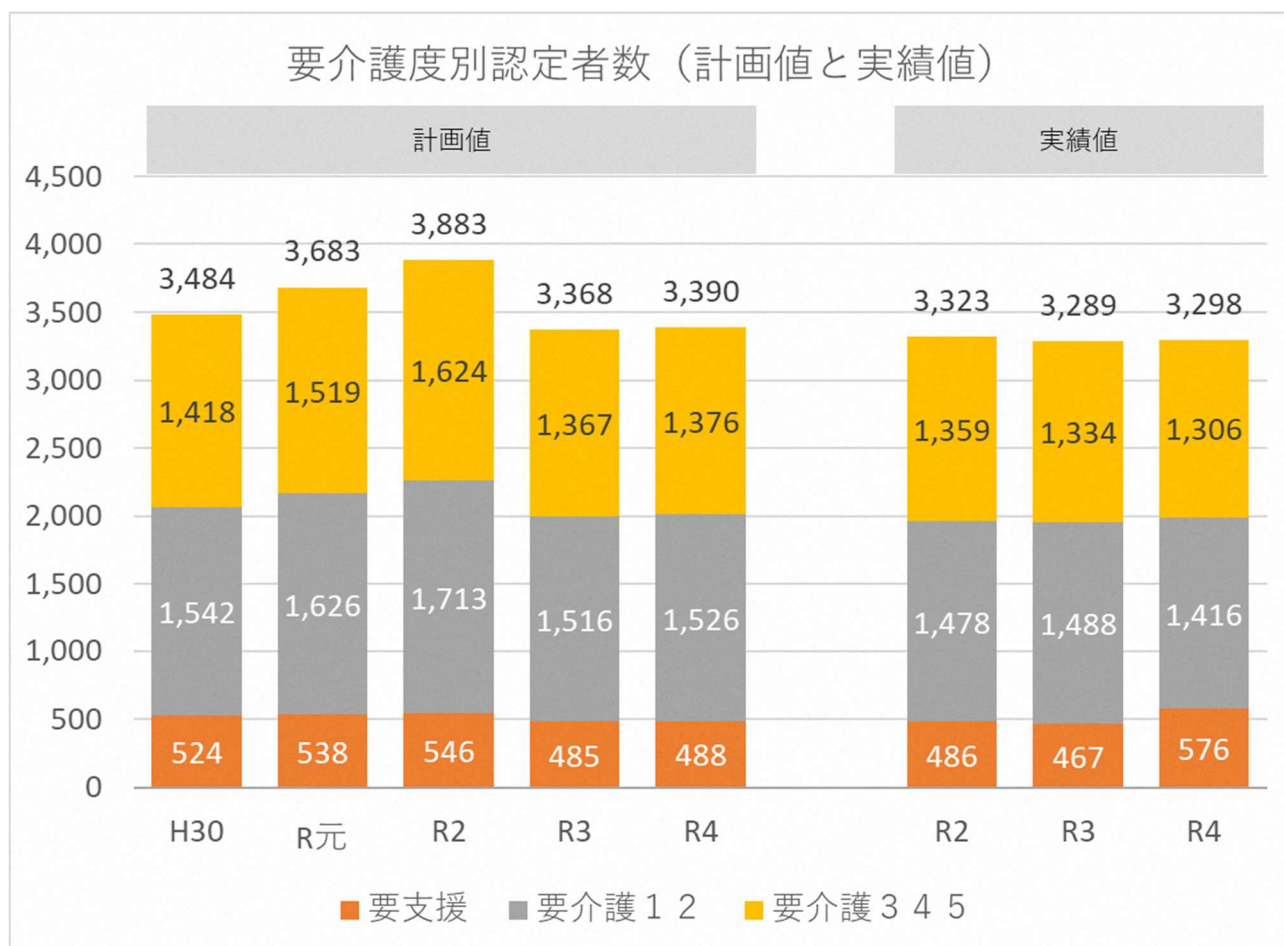
4 介護保険事業計画の前期計画総括

認定者数を用い、以下3つの視点をもって評価を行いました。

- ①第8期計画の予測値と実績値の評価
- ②第7期中間年（令和元年度）と第8期中間年（令和4年度）の介護度別変化
- ③介護給付費の予測値と実績値の評価

（1）第8期計画の予測値と実績値の評価

第8期計画では、令和4年度の認定者数3,390人、うち要支援488人、要介護1～2が1,526人、要介護3～5が1,376人と推計しましたが、実際には、認定者数3,298人となっています。これは、自立支援・重度化防止や予防給付における介護予防の効果が一定程度あったものと考えられます。

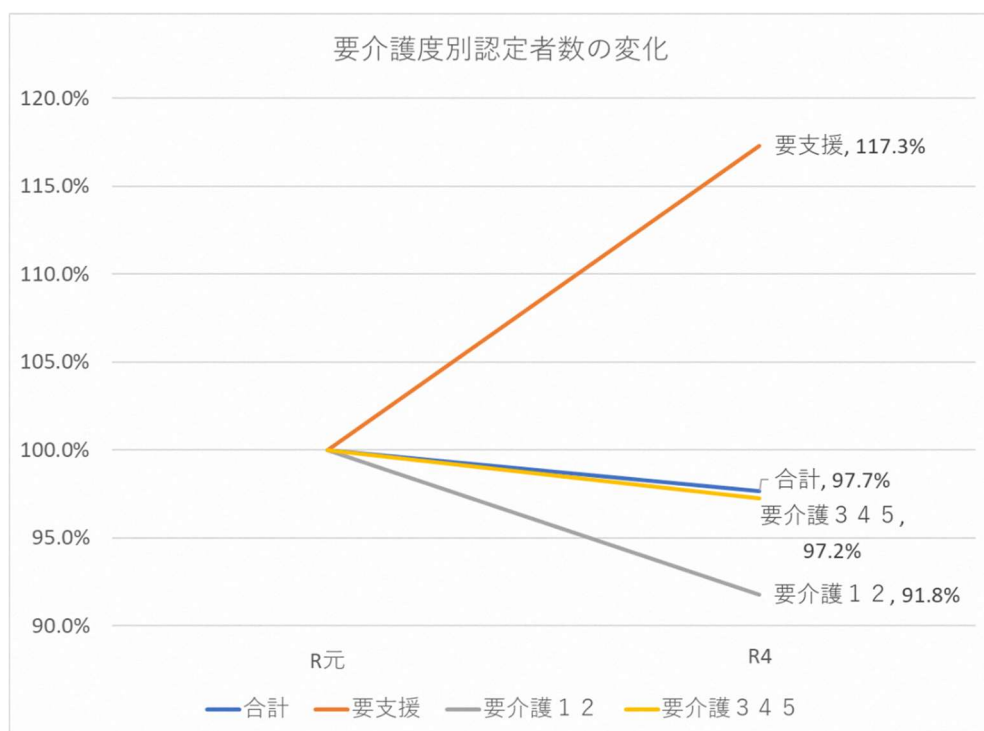


※ 地域包括ケア「見える化」システム

(2) 第7期中間年(令和元年度)と第8期中間年(令和4年度)の介護度別変化

令和1年度と令和4年度の認定者数の介護度別の変化は、合計が97.7%、うち要支援だけが117.3%となっており、要支援の増加率が高いことが分かります。

これは早期の段階でリスク対象者を把握し、地域での通いの場の参加、要介護認定を受けずに利用できる介護予防・生活支援サービス事業の利用につなげることで、新規申請で要介護状態となることを防止するための早期発見の取組の効果がでているためと考えられます。



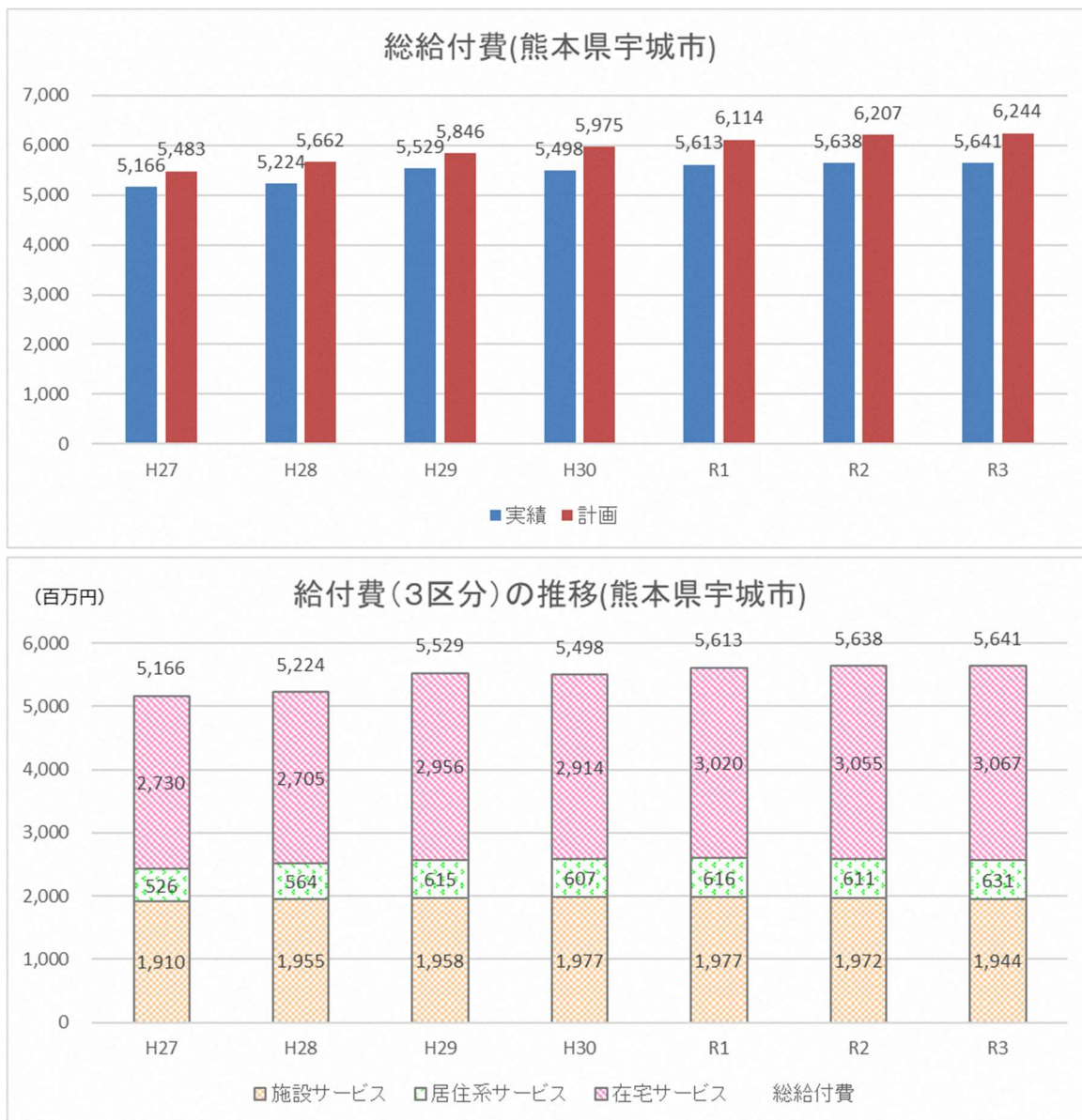
※ 地域包括ケア「見える化」システム

(3) 介護給付の予測値と実績値の評価

介護保険の総給付費の推移と前期計画予測値との比較は、令和3年に計画値 62 億 4400 万円に対し、実績値 56 億 4100 万円となっていました。

これは、新型コロナウイルス感染症の影響によりサービス利用が減ったものとされます。

なお、介護サービスの3区分別の推移を見ると、令和元年以降、施設サービスは減少傾向、居住系サービスと在宅サービスは、微増傾向となっています。



第2章 まちの現状

第1節 人口と高齢者の現状

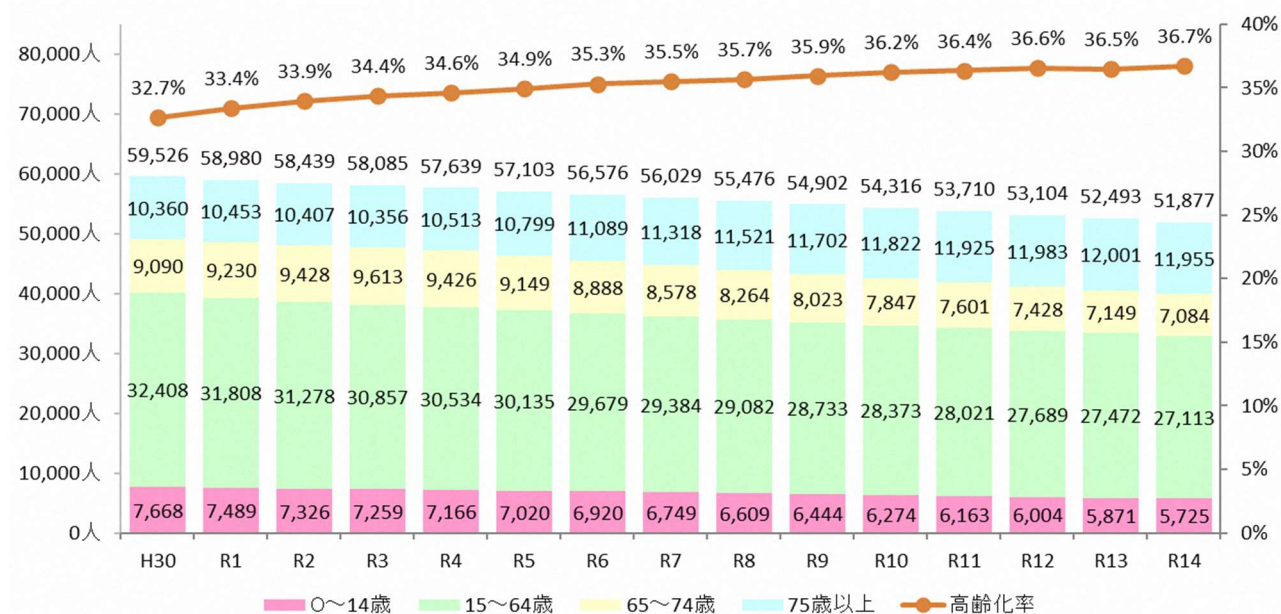
1 人口と高齢者の推計

本市の人口は、平成30年(59,526人)から令和4年(57,639人)の5年間で、1,887人の減少となっていますが、高齢者人口だけをみると489人増加しています。

今後の予測では、高齢者人口は令和6年をピークに減少に転じることが予測されていますが、85歳以上人口は、令和5年から横ばい傾向が続くと予測されています。

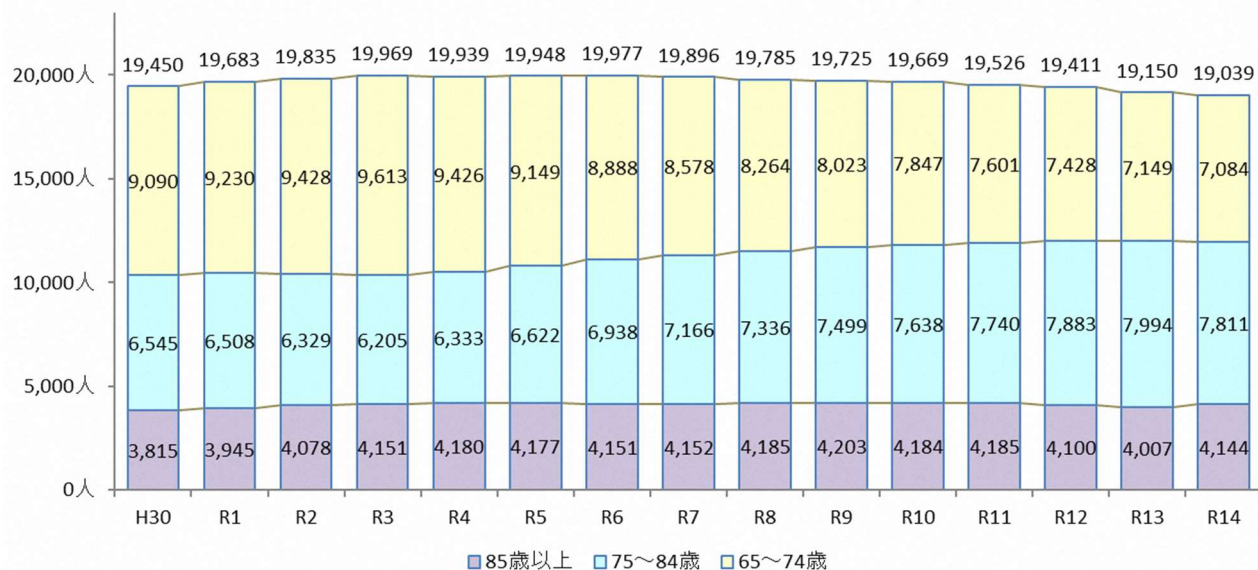
一方、生産年齢人口は減少を続けることが予測されることから、介護人材の確保、地域活動の担い手の確保など、2040年までの長期的な視点を持ちつつ、高齢者人口の増減に備えた持続的なサービス提供体制の確保が重要となります。

(1) 総人口の推移と予測



※ 各年10月住民基本台帳およびコーホート変化率法による将来推計

(2) 高齢者人口の推移と予測



※ 各年10月住民基本台帳およびコーホート変化率法による将来推計

(3) 高齢者人口の3年齢分別の増減推移と予測



※ 各年10月住民基本台帳およびコーホート変化率法による将来推計

2 高齢者の世帯の状況

(1) 高齢者のいる世帯の状況

総世帯数は、平成 27 年 21,432 世帯から令和 2 年に 21,412 世帯となり、5 年間で 20 世帯減少しています。高齢者のいる世帯数は、平成 27 年 11,298 世帯から令和 2 年に 11,761 世帯となり、5 年間で 463 世帯増加であり、高齢者世帯の増加が顕著となっています。

世帯数に占める割合で見ると、高齢者のいる世帯のうち一人暮らし世帯が増加、高齢夫婦世帯（夫が 65 歳以上で妻が 60 歳以上の夫婦のみ世帯）はほぼ横ばいとなっています。

しかし、国・県と比較すると、一人暮らし世帯、高齢夫婦世帯ともに、その割合は高くなっています。

そのため、高齢者の世帯類型を見ると、潜在的な支援を要する方が増加傾向にあると考えられます。

		平成 27 年		令和2年		H27:R2 の対比
		世帯数	割合	世帯数	割合	
本市	総世帯数	21,432	100.0%	21,412	100.0%	99.9%
	高齢者のいる世帯数	11,298	52.7%	11,761	54.9%	104.1%
	一人暮らし世帯	2,519	22.3%	2,815	23.9%	111.8%
	高齢夫婦世帯	2,895	25.6%	3,256	27.7%	112.5%
	その他世帯	5,884	52.1%	5,690	48.4%	96.7%
国	総世帯数	53,448,685	100.0%	55,704,949	100.0%	104.2%
	高齢者のいる世帯数	21,713,308	40.6%	22,655,031	40.7%	104.3%
	一人暮らし世帯	5,927,686	27.3%	6,716,806	29.6%	113.3%
	高齢夫婦世帯	6,079,126	28.0%	6,533,895	28.8%	107.5%
	その他世帯	9,706,496	44.7%	9,404,330	41.5%	96.9%
県	総世帯数	704,730	100.0%	716,740	100.0%	101.7%
	高齢者のいる世帯数	321,383	45.6%	334,262	46.6%	104.0%
	一人暮らし世帯	83,461	26.0%	92,410	27.6%	110.7%
	高齢夫婦世帯	86,016	26.8%	94,175	28.2%	109.5%
	その他世帯	151,906	47.3%	147,677	44.2%	97.2%

※ 国勢調査

(2) 高齢者の一人暮らし世帯

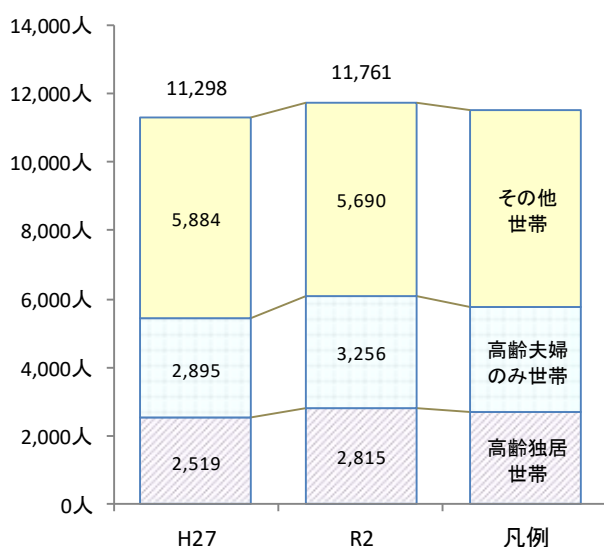
高齢者のいる世帯は、令和2年に11,761世帯で、そのうち、一人暮らし世帯は2,815世帯（23.9%）となっています。

年齢群別にみると、すべての年齢群で一人暮らし世帯の世帯数、割合ともに増加していますが、特に85歳以上の世帯数の増加が多くなっています。

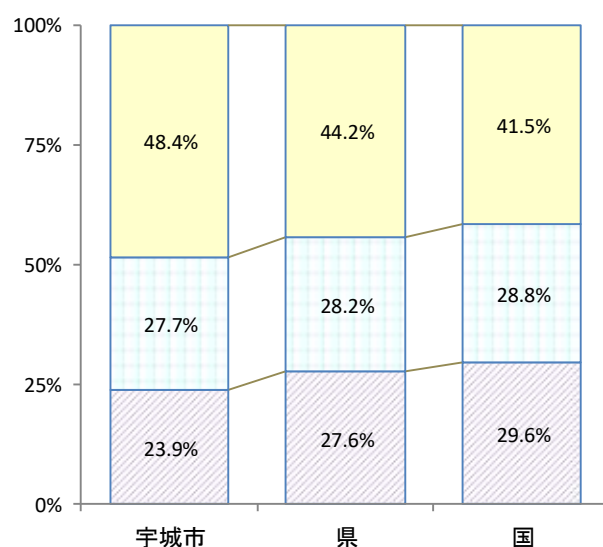
	平成27年		令和2年	
	世帯数	割合	世帯数	割合
高齢者のいる世帯数	11,298	—	11,761	—
一人暮らし	2,519	22.3%	2,815	23.9%
75歳以上	6,685	—	6,688	—
一人暮らし	1,531	22.9%	1,586	23.7%
85歳以上	2,322	—	2,614	—
一人暮らし	525	22.6%	623	23.8%

※ 国勢調査

高齢者世帯の推移(宇城市)



高齢者世帯割合の比較(R2)



※ 国勢調査

3 高齢者の就業や社会参加の状況

(1) 国勢調査に見る就業の状況

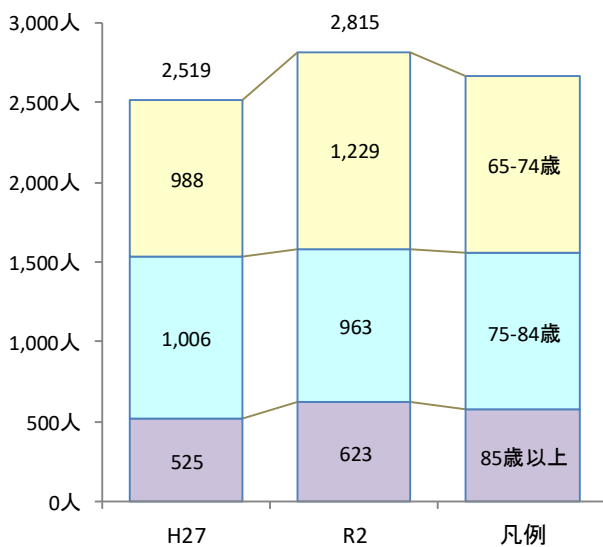
高齢者の就業者数は、令和2年に前期高齢者4,116人(44.3%)、後期高齢者1,142人(10.8%)で、前期高齢者・後期高齢者ともに就業人口・就業率が増加しています。平成27年と令和2年を比較すると、前期高齢者の就業者数は、937人増加、後期高齢者の就業者数は121人増加となっています。

また就業率もそれぞれ6.8ポイント、0.8ポイント増加しています。

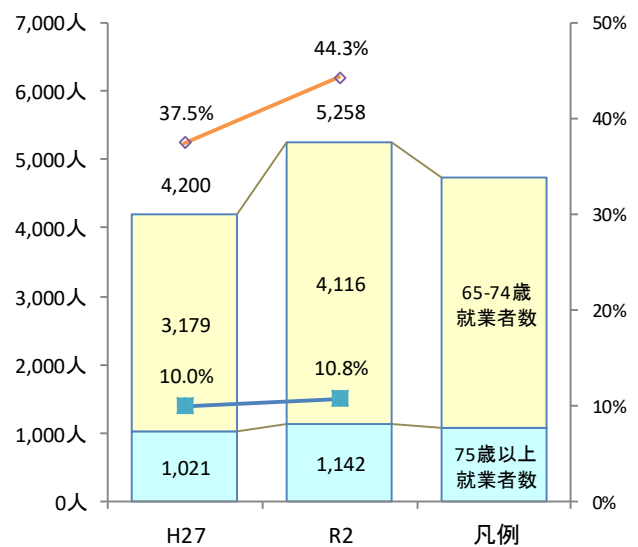
	平成27年		令和2年	
	人数	割合	人数	割合
高齢者人口	18,738	—	19,919	—
65-74歳	8,480	—	9,300	—
就業者	3,179	37.5%	4,116	44.3%
75歳以上	10,258	—	10,619	—
就業者	1,021	10.0%	1,142	10.8%

※ 国勢調査

高齢独居世帯の推移(宇城市)



高齢者の就業状況(宇城市)



※ 国勢調査

（２）シルバー人材センターの状況

シルバー人材センターの状況は、以下のとおりとなっています。

	平成 30 年	令和 1 年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年
会員数（人）	276	273	274	272	290
延稼働人数（人）	26,608	27,327	24,096	23,352	22,672

※ 高齢介護課

（３）老人クラブの状況

老人クラブの状況は、以下のとおりとなっています。

	平成 30 年	令和 1 年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年
老人クラブ数（人）	134	135	131	124	113
会員数（人）	6,492	6,377	6,276	5,911	5,081
65 歳以上加入率（％）	33.4	32.4	31.6	29.6	25.4

※ 高齢介護課

（４）通いの場の実施状況

地域における通いの場の実施状況は、以下のとおりとなっています。

	平成 30 年	令和 1 年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年
通いの場 実施箇所数	52	64	67	73	83
通いの場 参加者数	31,085	16,889	19,142	15,643	32,912
生きがいサロン 実施箇所数	145	146	146	144	140
生きがいサロン 参加者数	—	—	2,780	2,815	2,455

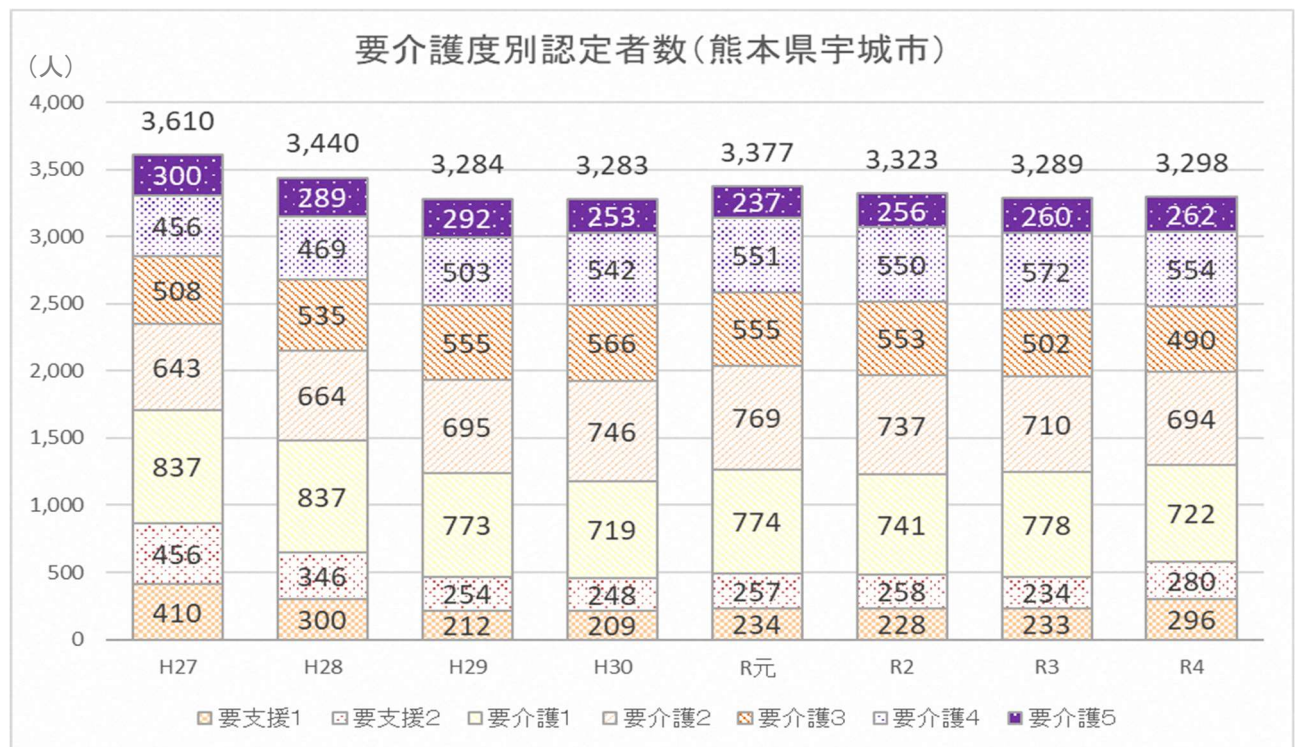
※ 高齢介護課

4 要介護認定者の状況

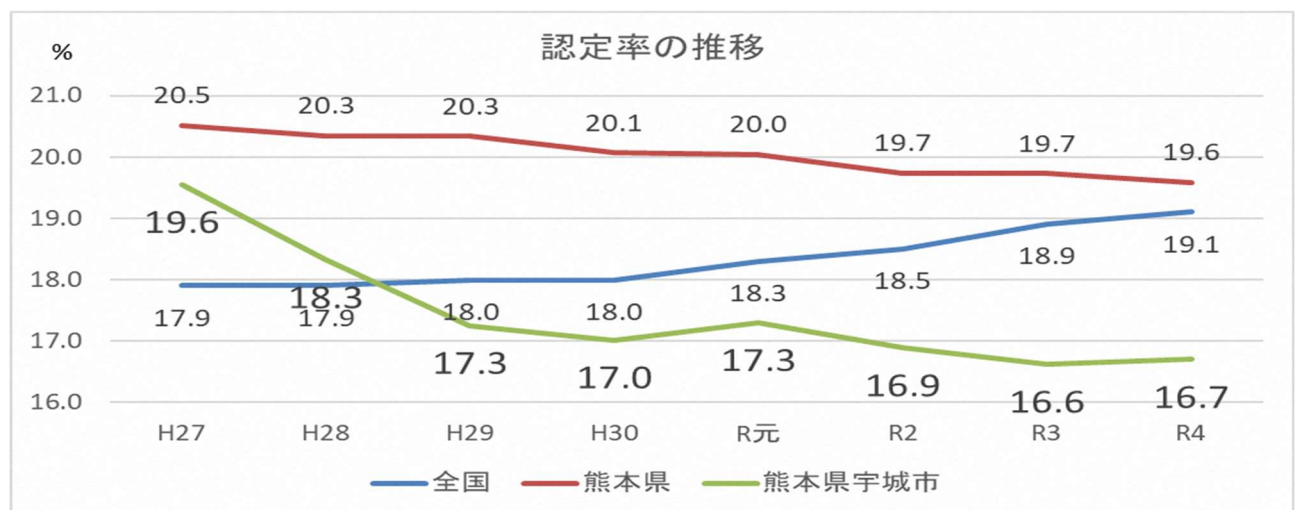
(1) 要介護認定者数と要介護認定率

認定者数の推移は、平成26年までは増加傾向が続き3,638人となりましたがその後減少に転じています。その要因は、本市が総合事業に取り組んできたことで認定を受けずとも利用できるサービスが増え、早期の段階でリスク対象者を把握しサービス利用につなげることなどの取組をすることで減少したと考えられます。

認定率は平成27年(19.6%)から令和4年(16.7%)の8年間で2.9ポイント減少となっています。



※ 厚生労働省「介護保険事業状況報告」9月月報

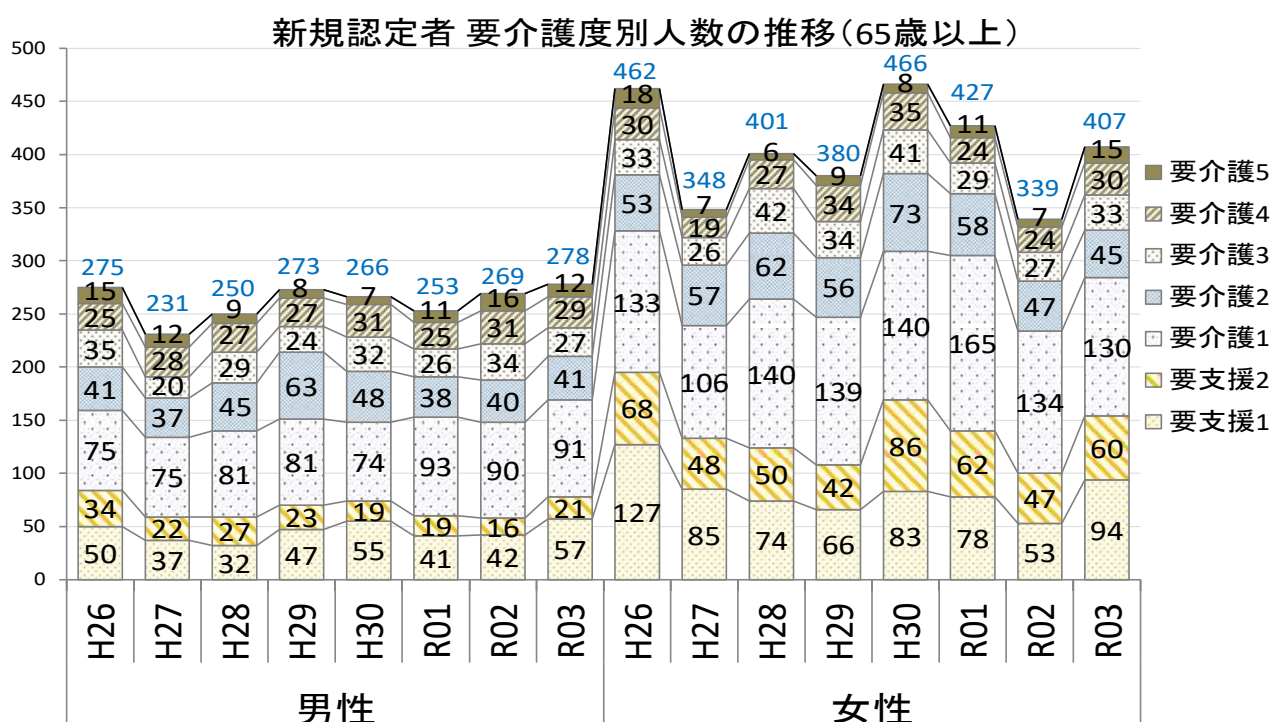
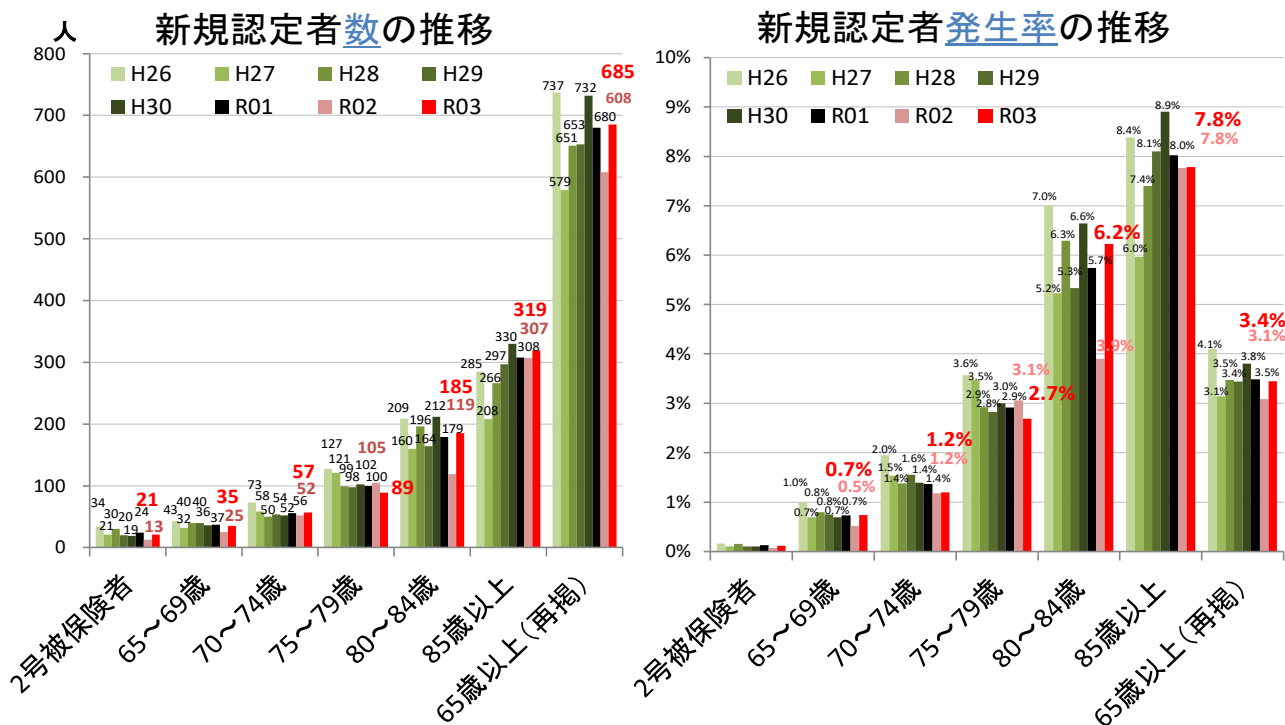


※ 厚生労働省「介護保険事業状況報告」9月月報

(2) 新規要介護・要支援認定者数の推移

本市の新規認定者は、令和3年度で年間685人（新規認定者発生率3.4%）となり、男女別に見ると女性の要支援認定者が多くなっています。

年齢群別にみると75歳を境に新規認定者の発生率の増加が加速する傾向にあり、75歳より前の時点で、要介護状態に至らないよう早期介入が必要と言えます。



※ 認定情報システム

第2節 日常生活圏域の設定

1 日常生活圏域の設定

圏域の設定にあたっては、必要最小限の設定により本市のサービス供給のバランスをとり、利用者の利便性を高める枠組が必要です。また、利用者のニーズに即した適切なサービス量を確保するためには、現在の枠組を活用した柔軟なサービス利用が可能となる設定が求められます。



本市においては、合併などの市の成り立ちや地域特性などを総合的に勘案し、第8期までの計画に引き続き、「三角」「不知火」「松橋」「小川」「豊野」の5つの日常生活圏域を設定します。

2 日常生活圏域別の状況

本市の5つの日常生活圏域は、以下のような人口構成となりますが、介護サービスを求める一人ひとりが地理的条件や交通等の利便性を確保しつつ、各事業者が提供するサービス内容を十分に吟味しながら自己決定できる、選択の幅広い枠組をめざすものとしします。

		三角地区	不知火地区	松橋地区	小川地区	豊野地区
実績	R4 総人口(人)	6,700	8,378	26,103	12,582	3,876
	高齢者人口(人)	3,141	3,165	7,542	4,385	1,706
	高齢化率(%)	46.9%	37.8%	28.9%	34.9%	44.0%
予測	R8 総人口(人)	5,903	7,900	26,202	12,220	3,500
	高齢者人口(人)	2,928	3,097	7,873	4,287	1,629
	高齢化率(%)	49.6%	39.2%	30.0%	35.1%	46.5%

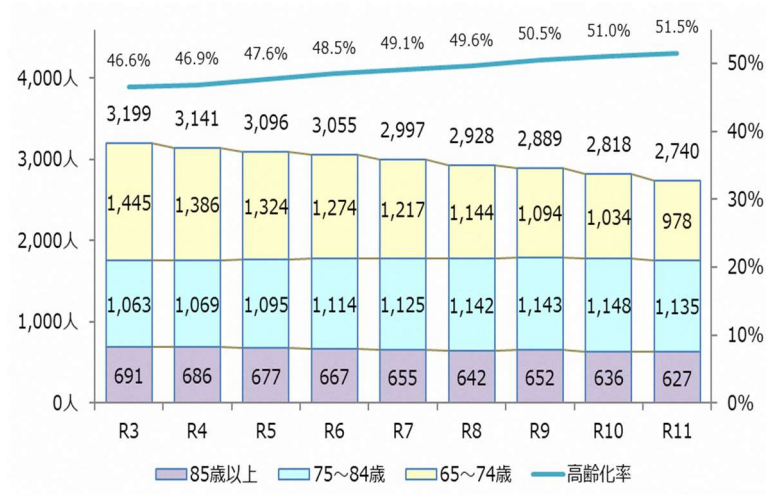
※ 高齢介護課

第3節 日常生活圏域ごとの現状

1 三角地区の状況

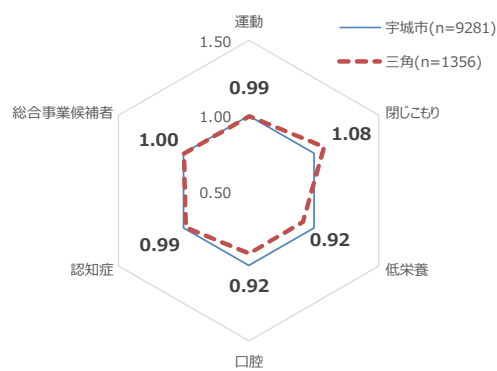
高齢者人口は、減少傾向です。ニーズ調査結果は、「閉じこもり」のリスクが高く、認定者数は減少傾向、認定率は横ばいです。新規認定者の状況のうち、「新規認定率」、「新規軽度者」、「自立認定者」の発生率と、原因疾患のうち、「生活習慣病」、「ロコモティブシンドローム」、「骨折転倒」の割合が本市平均よりも高くなっています。

高齢者人口の推移と予測



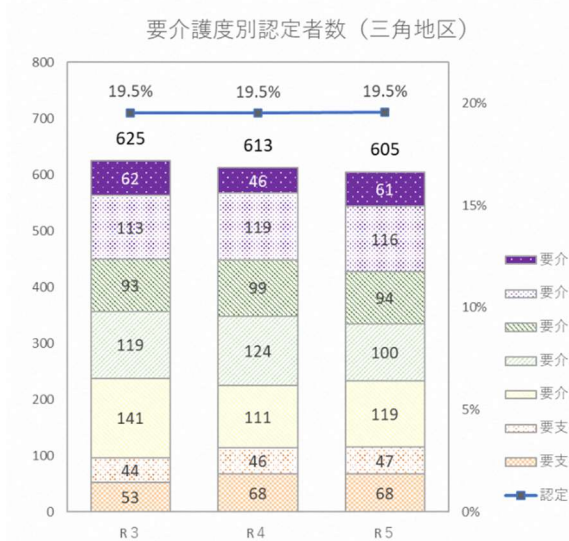
※ 高齢介護課

基本チェックリスト該当状況



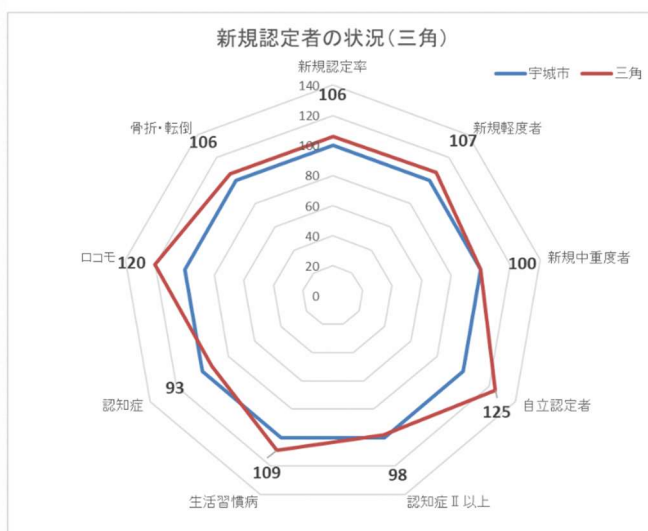
※ 日常生活圏域ニーズ調査

要介護度別認定者数の推移



※ 高齢介護課

新規認定者の状況

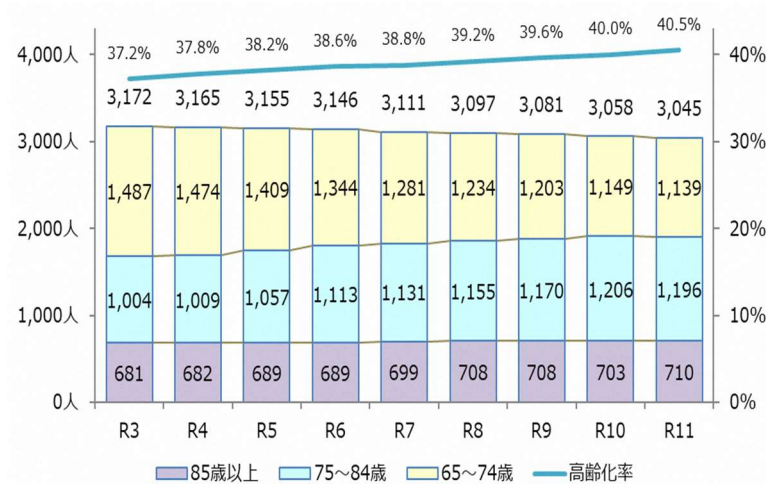


※ 高齢介護課

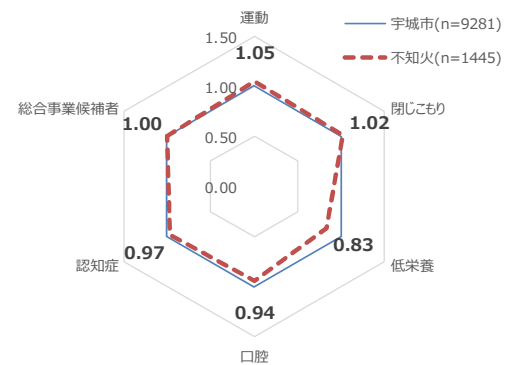
2 不知火地区の状況

高齢者人口は、減少傾向です。ニーズ調査結果は、「運動」、「閉じこもり」のリスクが高く、認定者数は増加傾向、認定率は上昇傾向です。新規認定者の状況のうち、「中重度認定者」、「認知症Ⅱ以上」の発生率と、原因疾患のうち、「認知症」の割合が本市平均よりも高くなっています。

高齢者人口の推移と予測



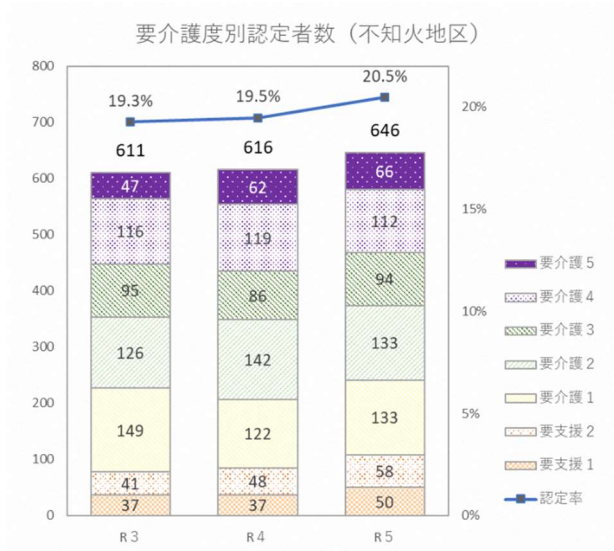
基本チェックリスト該当状況



※ 高齢介護課

※ 日常生活圏域ニーズ調査

要介護度別認定者数の推移



※ 高齢介護課

新規認定者の状況

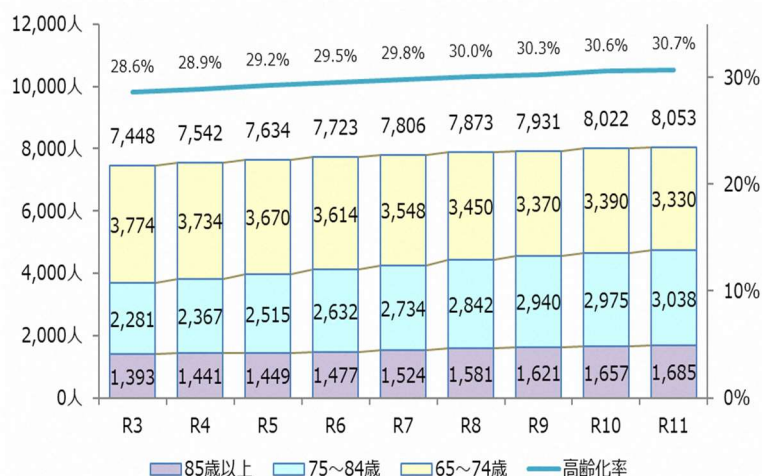


※ 高齢介護課

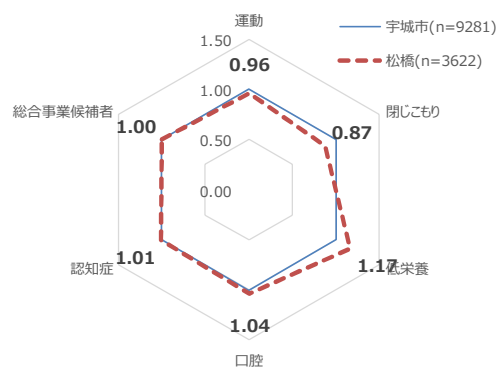
3 松橋地区の状況

高齢者人口は、増加傾向です。ニーズ調査結果は、「低栄養」、「口腔」、「認知症」のリスクが高く、認定者数は増加傾向、認定率は上昇傾向です。新規認定者の状況のうち、「新規認定率」と、原因疾患のうち、「ロコモティブシンドローム」の割合が本市平均よりも低くなっています。

高齢者人口の推移と予測



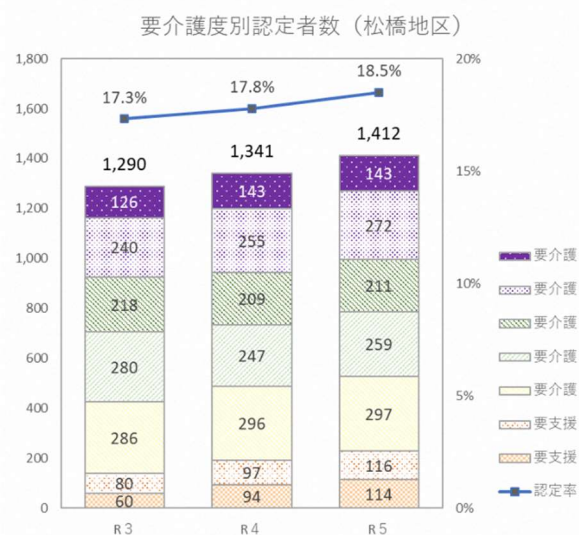
基本チェックリスト該当状況



※ 高齢介護課

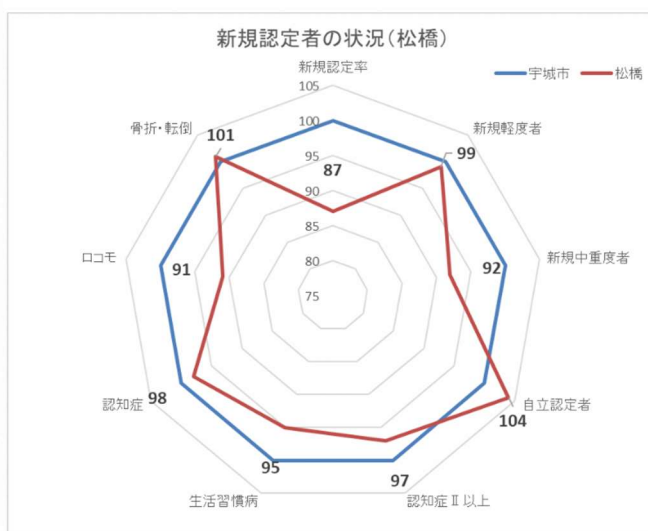
※ 日常生活圏域ニーズ調査

要介護度別認定者数の推移



※ 高齢介護課

新規認定者の状況

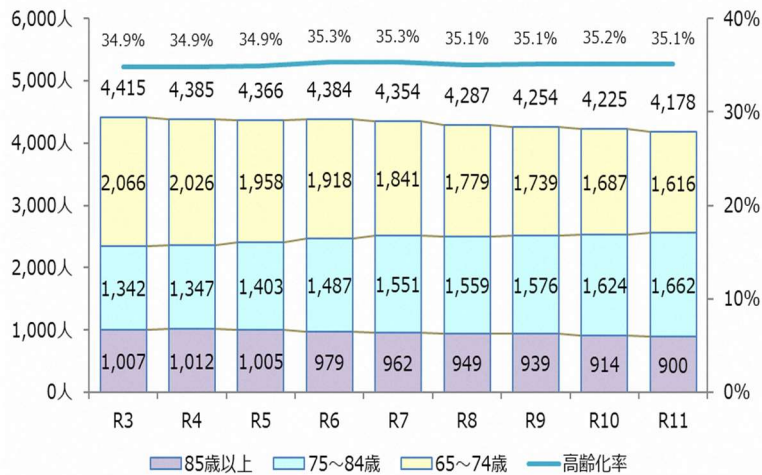


※ 高齢介護課

4 小川地区の状況

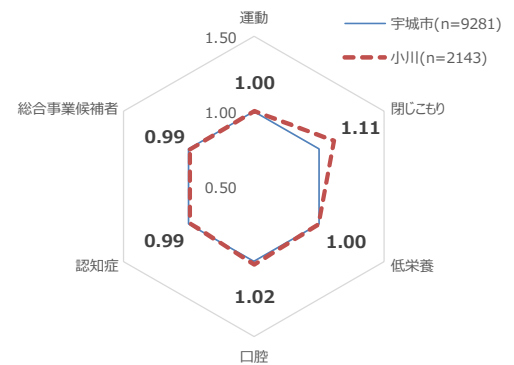
高齢者人口は、減少傾向です。ニーズ調査結果は、「閉じこもり」、「口腔」のリスクが高く、認定者数は減少傾向、認定率は低下傾向です。新規認定者の原因疾患のうち、「骨折転倒」の割合が本市平均よりも高くなっています。

高齢者人口の推移と予測



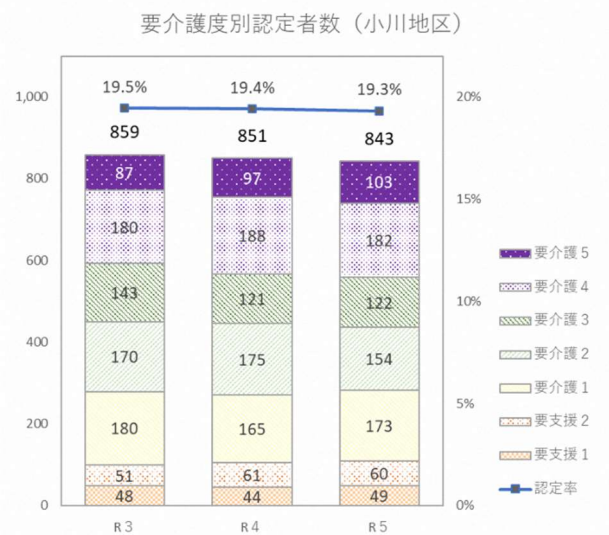
※ 高齢介護課

基本チェックリスト該当状況



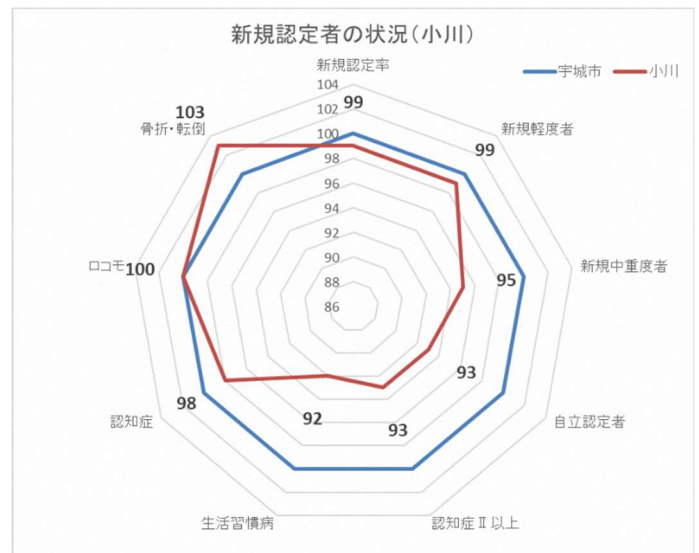
※ 日常生活圏域ニーズ調査

要介護度別認定者数の推移



※ 高齢介護課

新規認定者の状況

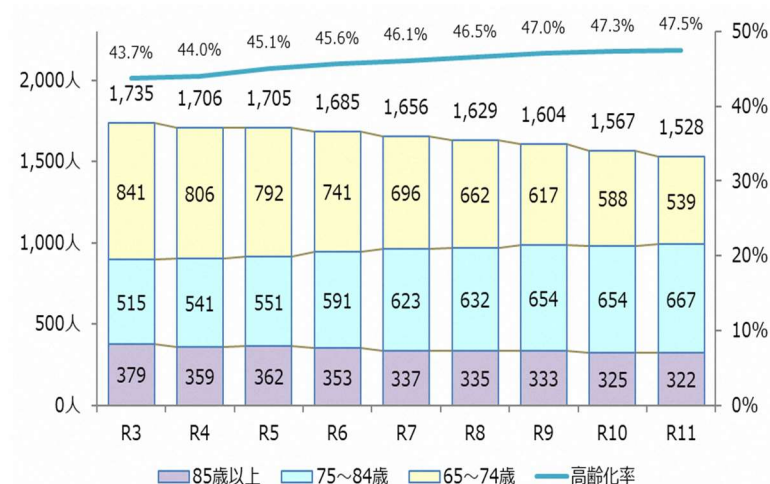


※ 高齢介護課

5 豊野地区の状況

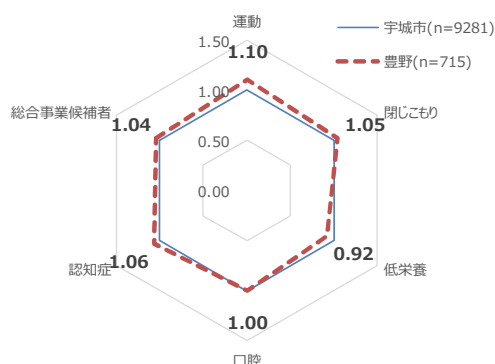
高齢者人口は、減少傾向です。ニーズ調査結果は、「運動」、「閉じこもり」、「認知症」、「総合事業候補者」のリスクが高く、認定者数は減少傾向、認定率は低下傾向です。新規認定者の状況のうち、「新規認定率」、「新規軽度者」、「中重度者」、「認知症Ⅱ以上」の発生率と、原因疾患のうち、「生活習慣病」、「認知症」、「ロコモティブシンドローム」の割合が本市平均よりも高くなっています。

高齢者人口の推移と予測



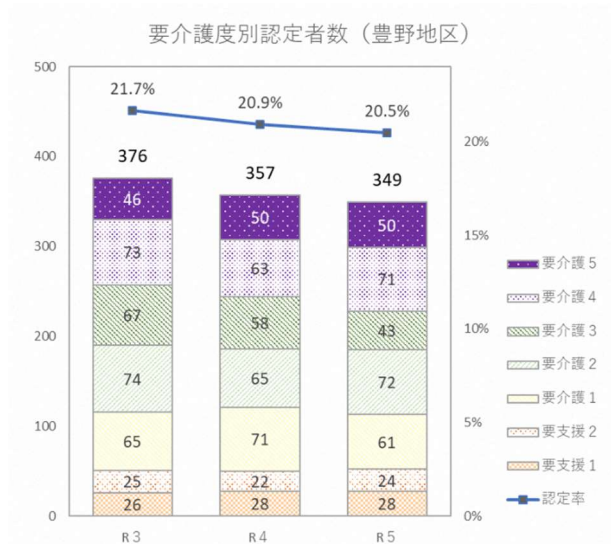
※ 高齢介護課

基本チェックリスト該当状況



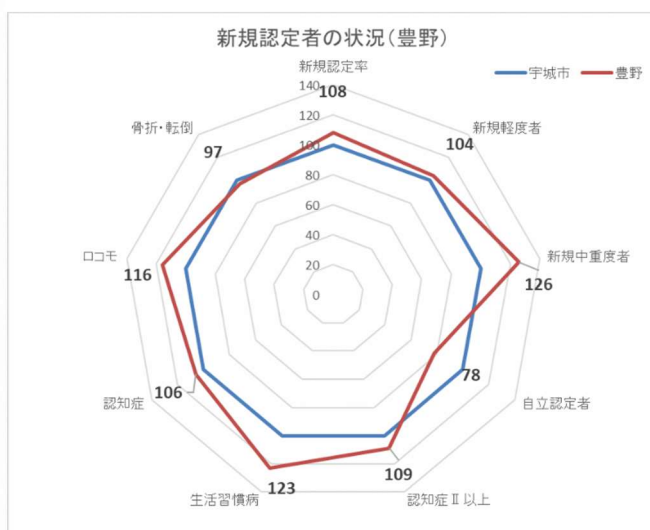
※ 日常生活圏域ニーズ調査

要介護度別認定者数の推移



※ 高齢介護課

新規認定者の状況



※ 高齢介護課

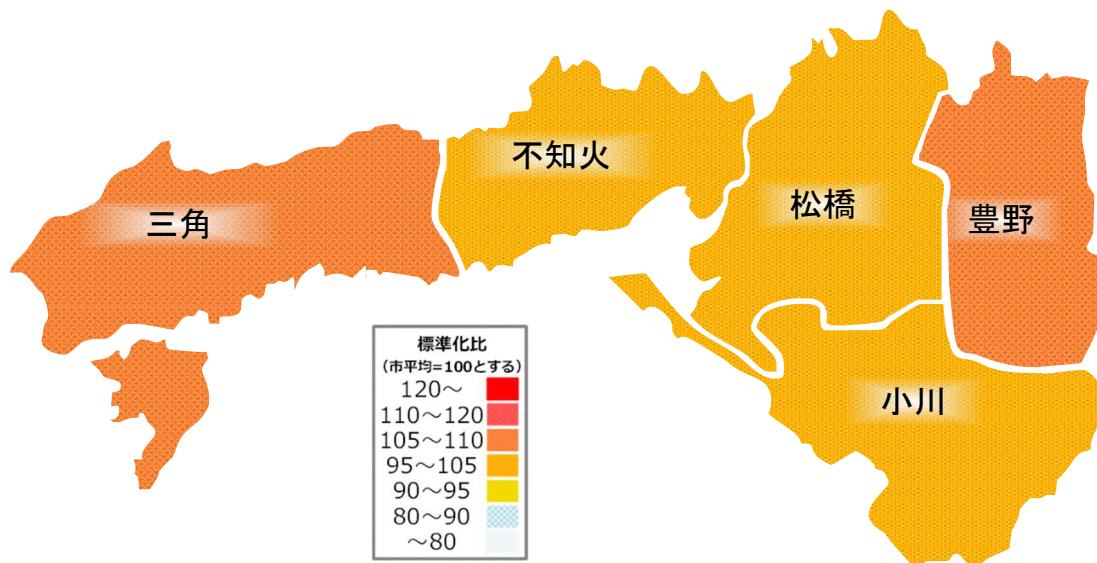
6 新規要介護認定者の日常生活圏域ごとの比較

年齢調整済新規認定率は、豊野地区、三角地区が若干高くなっていますが、その他の地区に大きな差はありません。

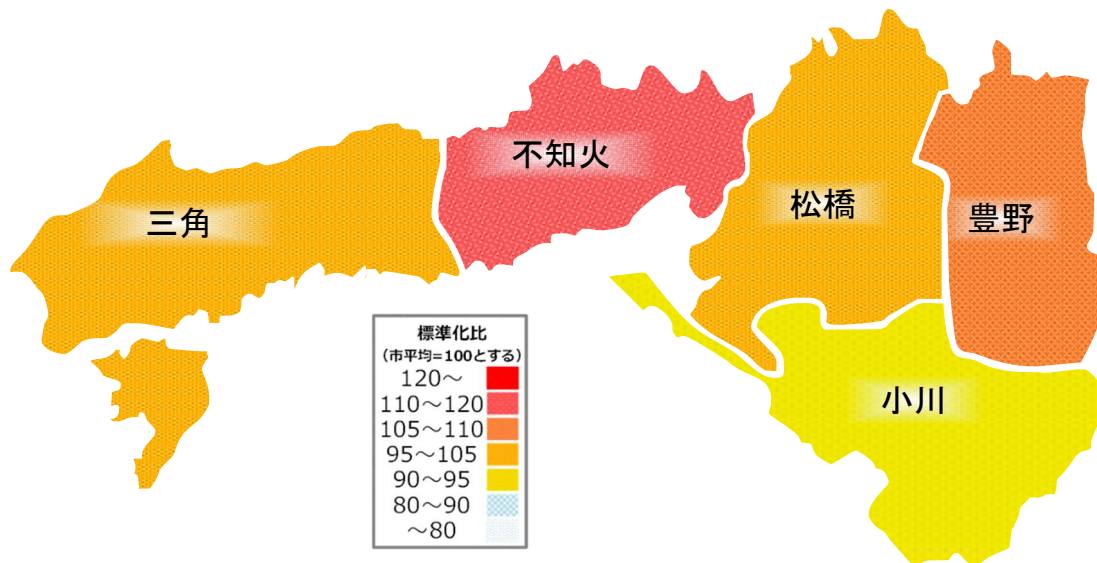
一方、新規認定者に占める認知症高齢者自立度Ⅱ以上の方の割合は、不知火地区、豊野地区が高くなって、小川地区が若干低くなっています。

「新たに認定を受けた方がどのような状態で認定を受けたか」という地区ごとの特徴を踏まえた施策展開が重要となっています。

【年齢調整済新規認定率】



【新規認定者に占める認知症高齢者自立度Ⅱ以上の割合】



※ 認定情報システム

第4節 各種調査結果について

1 日常生活圏域ニーズ調査の概要

(1) 目的

高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画を見直すにあたり、既存データでは把握困難な生活の状況や社会参加、今後の生活についての意見や潜在的なニーズ（サービスの利用意向・高齢者福祉に関する意識等）、高齢者のおかれた環境やその他の状況等を調査・分析し、計画の基礎資料とすることを目的として実施しました。

(2) 配布回収状況

	概要
配布回収方法	郵送による配布回収
抽出方法	65歳以上の市民のうち 要介護1～5の認定を受けていない方すべて
調査期間	令和5年1月
配布数	17,103件
有効回答数	9,991件
有効回答率	58.4%

（３）総合事業候補者の該当状況

国は、基本チェックリスト（全 25 項目の質問）を用いることで、高齢者の生活や健康状態を振り返り、心身の機能で衰えているところがないかどうか判定しています。また、介護予防・日常生活支援総合事業の開始に伴い、判定の結果、生活機能の低下のおそれがある高齢者に対しては、介護予防・日常生活支援総合事業へつなげるにより状態悪化を防止しています。

また、地域包括支援センターなどの窓口に本人が相談に来た場合は、利用者本人の状況やサービス利用の意向を聞いた上で、基本チェックリストを用いた判定を行う場合があります。

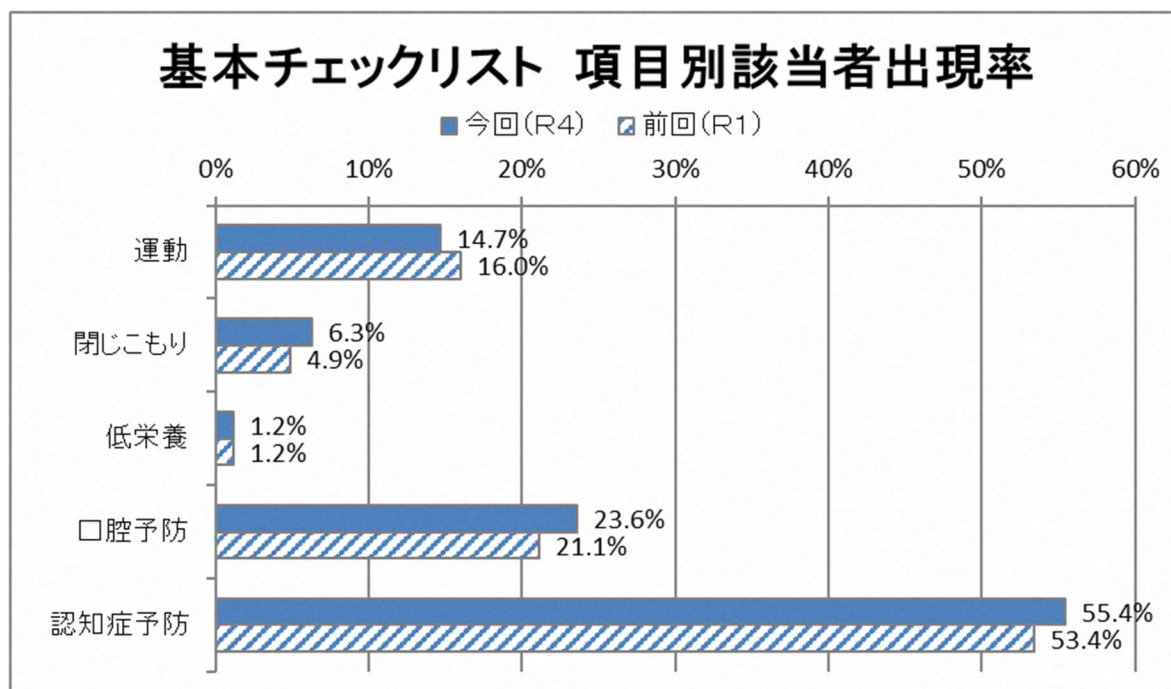
そのため、本調査では、基本チェックリストに該当する方がどの程度存在しているのかについて分析しました。

ただし、調査設問に基本チェックリストのすべての項目を網羅していないため、①運動、②閉じこもり、③低栄養、④口腔予防、⑤認知機能、⑥うつ予防、⑦虚弱の 7 項目のうち①～⑤の 5 項目について分析しています。

その結果、介護予防の項目別には、認知症予防が 55.4%で最も多く、次いで、口腔予防 23.6%、運動 14.7%、閉じこもり 6.3%、低栄養 1.2%となっています。

また、前回（R1）と比して、運動リスク者は減少しましたが、認知症予防、口腔予防、閉じこもりリスク者が増加しています。

基本チェックリストの項目別該当者出現率



※ 日常生活圏域ニーズ調査

(4) 生活支援に対するニーズの比較集計結果

問：安心生活サポート事業の有償ボランティア（30分500円程度）の利用意向

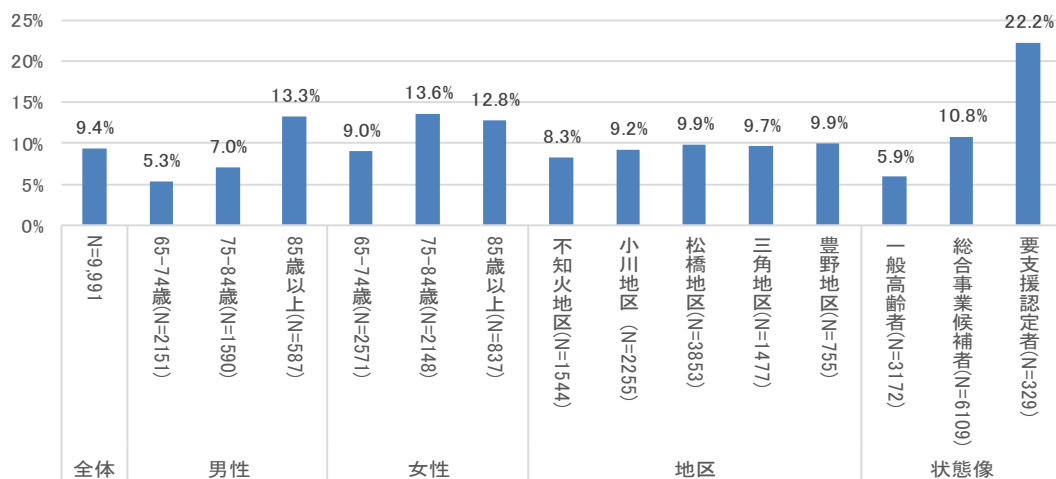
問：利用してみたいと思うサービス

上記2問から本事業に対する高齢者の利用意向とニーズを分析しました。

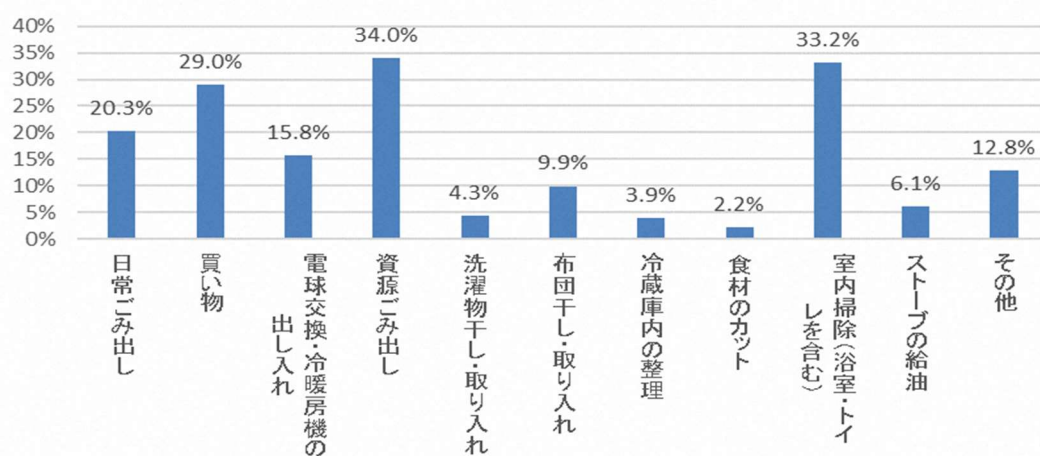
有償ボランティアを利用したいと回答した方は、全体で9.4%であり、属性別に見ると、女性、85歳以上、要支援認定者に出現率が高い傾向がありました。

利用ニーズが多かったのは、「資源ごみ出し」、「室内清掃」、「買い物」、「日常ごみ出し」などとなっており、これらに対応した利用者の発掘と体制確保が重要となります。なお、要支援者については、担当するプランナーによるマネジメントの中で、本人ニーズの確認、必要性の精査を行うことで対応が可能と考えられることから、早期の体制構築と必要なサービスのマッチングの仕組の構築が求められています。

安心生活サポート事業の有償ボランティア
(30分500円程度)を利用してみたいと回答した方



利用したいサービス



※ 日常生活圏域ニーズ調査

（５）地域での活動のようす（会やグループ等への参加頻度）

問：以下のような会・グループ等にどのくらいの頻度で参加しているか

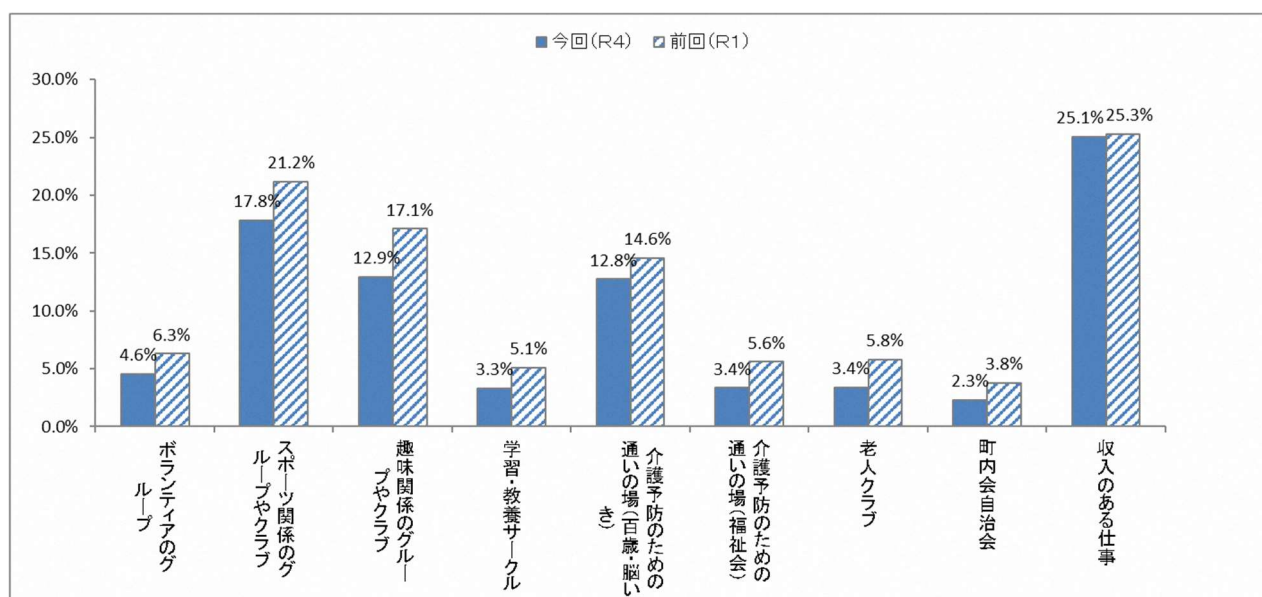
という問いに対して、週１回以上の外出頻度となるような参加を行っている方がどの程度いるのか分析しました。

その結果、「収入のある仕事（25.1%）」、「スポーツ関係のグループやクラブ（17.8%）」、「趣味関係のグループ（12.9%）」、「介護予防のための通いの場（百歳・脳いき）（12.8%）」などの参加率が高くなっていました。

なお、介護予防の通いの場参加率は計画の指標となっており、国では、この通いの場の参加率８％を目指すとする指針を打ち出しています。

本市では、12.8%となっており、すでに国の目標を達成している状況です。

ただし、前回（R１）と比較してすべての項目で割合が減少しているため、新型コロナウイルス感染症への対応が２類から５類へ引き下げたタイミングに対応した、高齢者の多様な社会参加の再開に向けた支援、働きかけが重要と考えられます。



2 在宅介護実態調査の概要

(1) 目的

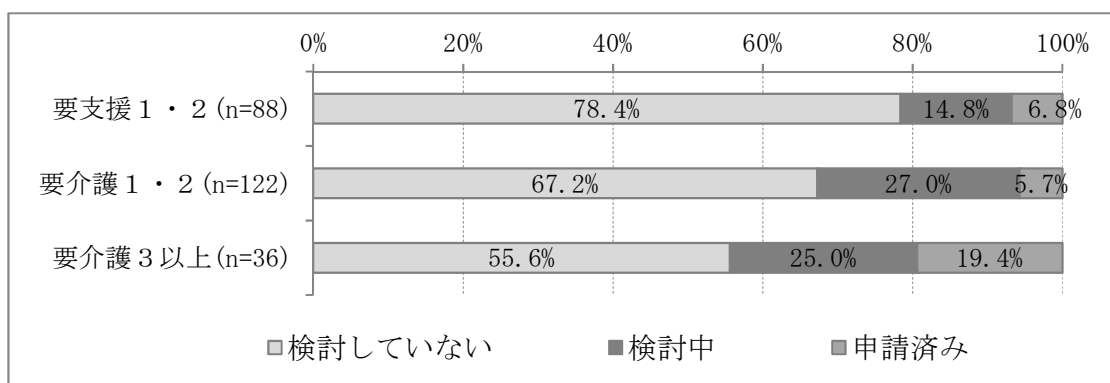
第9期介護保険事業計画の策定において、これまでの「地域包括ケアシステムの構築」という観点に加え、「介護離職をなくしていくためにはどのようなサービスが必要か」といった観点を盛り込むため、「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討することを目的として実施しました。

(2) 配布回収状況

	概要
配布回収方法	認定調査員等による配布回収
調査期間	令和5年1～3月（認定更新のタイミングに実施）
抽出方法	要介護認定者（施設等入所を除く）
配布回答数	291 件

(3) 施設等への入所・入居検討状況

施設等への入所・入居の検討状況については、全体では、検討中と申請済の合計が25.8%となっていますが、介護度別に見ると、要介護3以上の方のうち、約半数の方が施設入所等を検討中・申請済となっています。



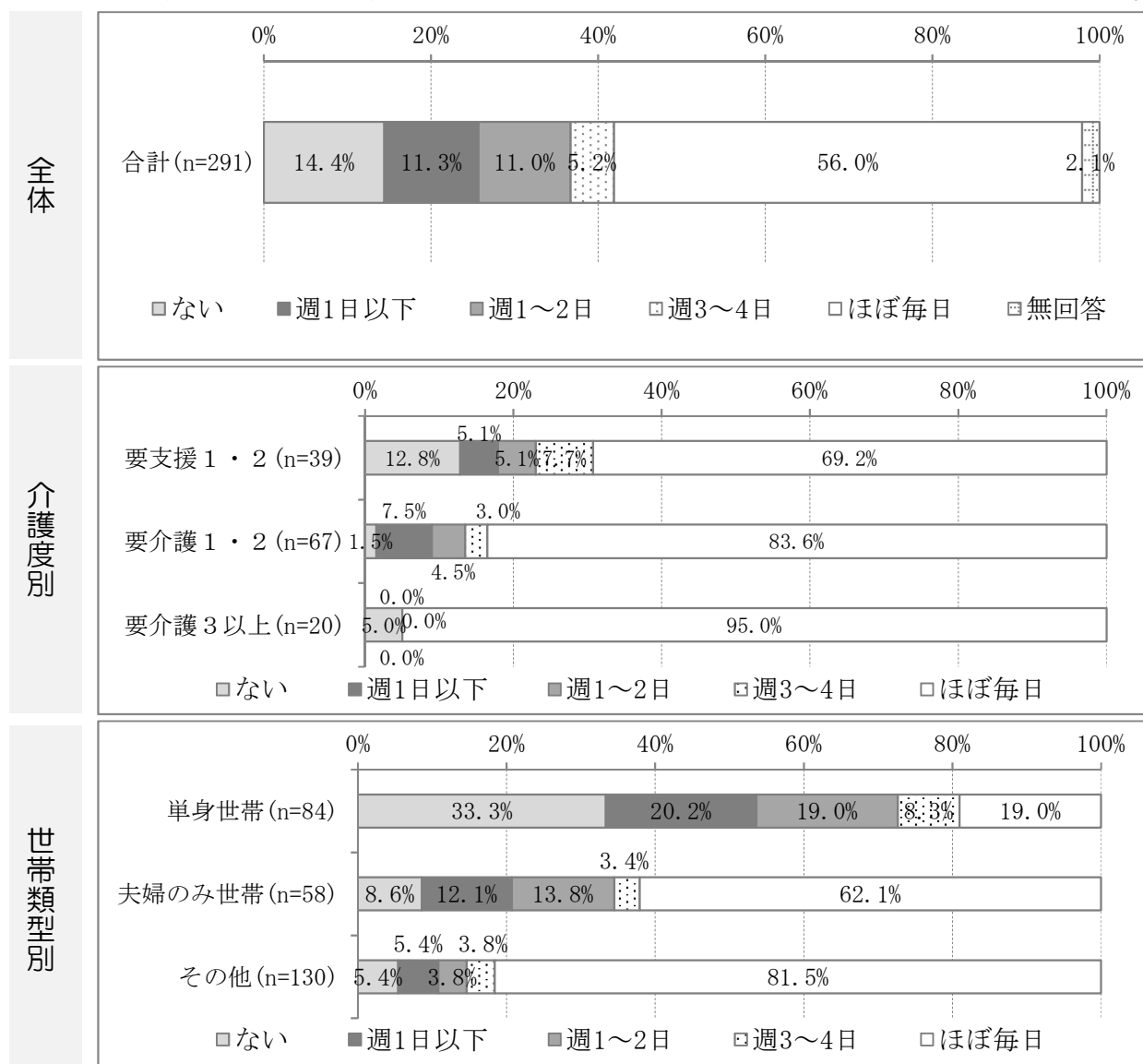
※ 在宅介護実態調査

(4) 家族介護の頻度

家族介護の頻度では、家族介護がないという方が 14.4%、一方、介護を受けている方では、ほぼ毎日が最も多く 56.0%となっています。

要介護度別に見ると、軽度の方ほど家族等による介護が、「ない」、「週1回以下」、「週1～2日」とする方が多くなっています。

世帯類型別にみると、その他世帯では、ほぼ毎日とする方が多くなっています。



※ 在宅介護実態調査

3 介護事業所調査の概要

(1) 目的

在宅生活改善調査は、「(自宅等にお住まいの方で) 現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている利用者」の実態を把握し、地域に不足する介護サービス等を検討するための基礎調査として実施しました。

居所変更実態調査は、過去1年間の新規入居・退去の流れや、退去の理由などを把握することで、住み慣れた住まい等で暮らし続けるために必要な機能等を検討するための基礎調査として実施しました。

介護人材実態調査は、介護人材の実態を個票で把握することにより、性別・年齢別・資格の有無別などの詳細な実態を把握し、介護人材の確保に向けて必要な取組等を検討するための基礎調査として実施しました。

(2) 配布回収状況

	在宅生活 改善調査	居所変更 実態調査	介護人材 実態調査
配布 回収 方法	郵送による 配布回収	郵送による 配布回収	郵送による 配布回収
調査 対象	居宅介護支援事業 所、小規模多機能型 居宅介護事業所、看 護小規模多機能型 居宅介護事業所	施設・居住系サービ ス有料・サ高住・特定施 設等	施設・居住系サービ ス通所系サービス 訪問系サービス
配布数	29 件	64 件	150 件
回答数	23 件	50 件	109 件
回答率	79.3%	78.1%	72.7%

4 在宅生活改善調査の概要

(1) 在宅生活の維持が難しくなっている利用者

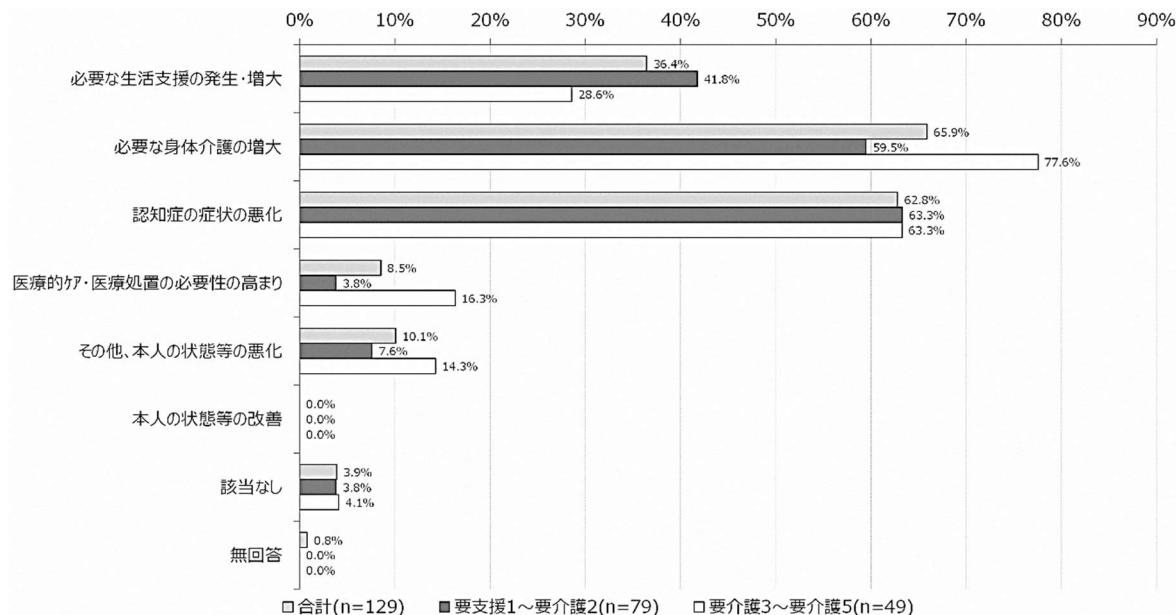
自宅・サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームに居住する利用者のうち、生活の維持が難しくなっている割合は、5.6%となっており、本市全体で、在宅での生活の維持が難しくなっている利用者数（粗推計）は、160名と考えられます。



(2) 在宅生活の維持が難しくなっている理由（本人の状態に属する理由）

在宅生活の維持が難しくなっている理由は、必要な身体介護の増大が 65.9%、認知症の症状の悪化が 62.8%、必要な生活支援の増大が 36.4%などとなっています。

介護度別に見ると、要支援1～要介護2では認知症の症状の悪化、要介護3以上では必要な身体介護の増大が最も高くなっています。



5 居所変更実態調査の概要

(1) 過去1年間の退居・退所者に占める居所変更・死亡の割合

各施設等における退居・退所者に占める居所変更と死亡の状況調査から、各施設等の看取りの状況を分析しました。

その結果、本市全体では、44.9%が居所変更を行うことなく、施設で死亡している（看取りが行われた）ことが分かりました。

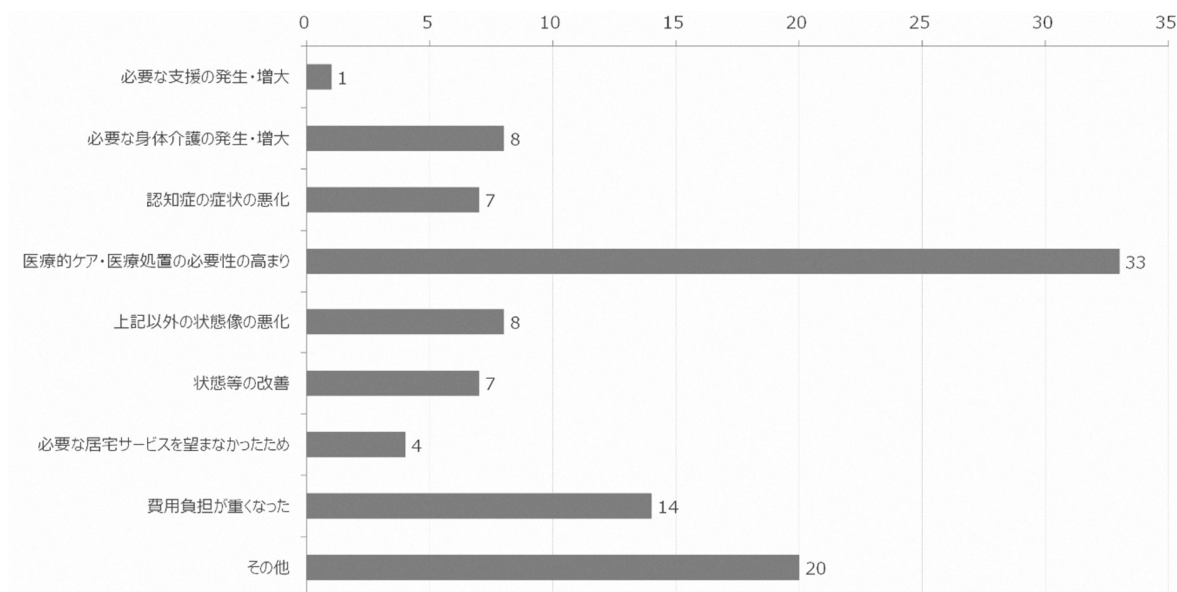
その割合が高いのは、地域密着型特別養護老人ホーム 72.4%、特別養護老人ホーム 57.9%、地域密着型特定施設 50.0%、グループホーム 45.5%などとなっています。

サービス種別	居所変更	死亡	合計
住宅型有料 (n=21)	90人 67.2%	44人 32.8%	134人 100.0%
軽費 (n=2)	7人 70.0%	3人 30.0%	10人 100.0%
サ高住 (n=0)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
GH (n=9)	18人 54.5%	15人 45.5%	33人 100.0%
特定 (n=0)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
地密特定 (n=1)	2人 50.0%	2人 50.0%	4人 100.0%
老健 (n=2)	53人 64.6%	29人 35.4%	82人 100.0%
療養型・介護医療院 (n=0)	0人 0.0%	0人 0.0%	0人 0.0%
特養 (n=3)	56人 42.1%	77人 57.9%	133人 100.0%
地密特養 (n=3)	8人 27.6%	21人 72.4%	29人 100.0%
合計 (n=41)	234人 55.1%	191人 44.9%	425人 100.0%

(2) 居所変更した理由

居所変更を行った理由が判明している41人の各施設等を退居・退所した理由は、医療的ケア・医療処置の必要性の高まりが33人、その他が20人、費用負担が重くなったが14人などとなっています。

施設等における医療的ケア・医療処置への対応力向上や、医療と介護の連携による体制強化が重要となっています。



6 介護人材実態調査の概要

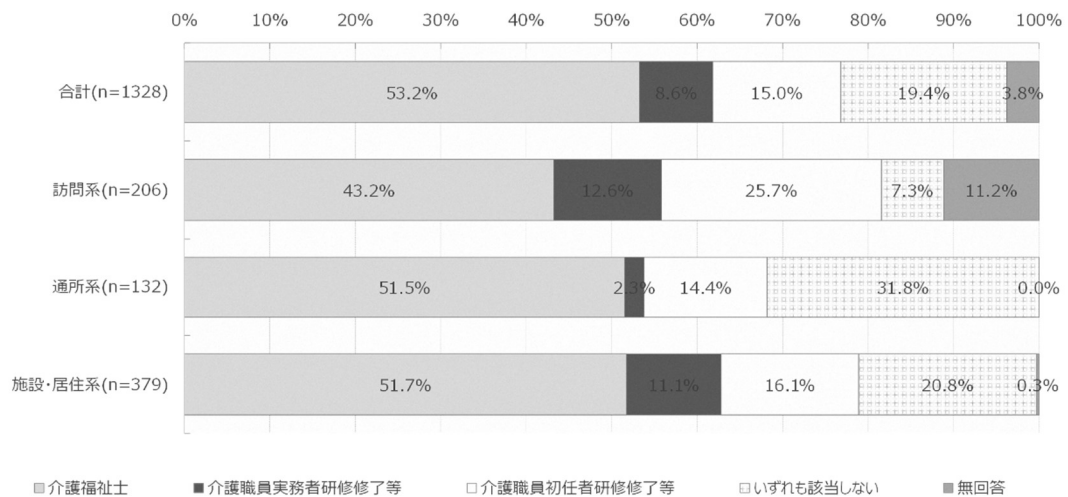
(1) 資格保有の状況

資格保有の状況は、全体では、介護福祉士が 53.2%、いずれも該当しない方が 19.4%、介護職員初任者研修終了等が 15.0%などとなっています。

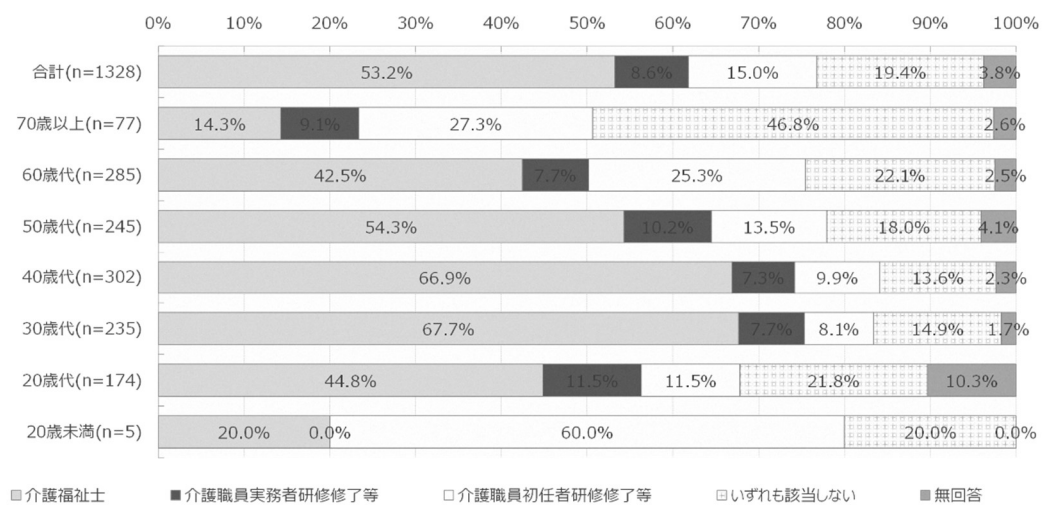
サービス系統別にみると、通所系と施設・居住系では、いずれも該当しない方の割合が高くなっています。

年齢階級別にみると、30～40代は介護福祉士保有割合が高くなっていますが、20歳未満と20代、60歳以上では、いずれも該当しない方の割合が高くなっています。

サービス系統別資格保有状況



年齢階級別資格保有状況



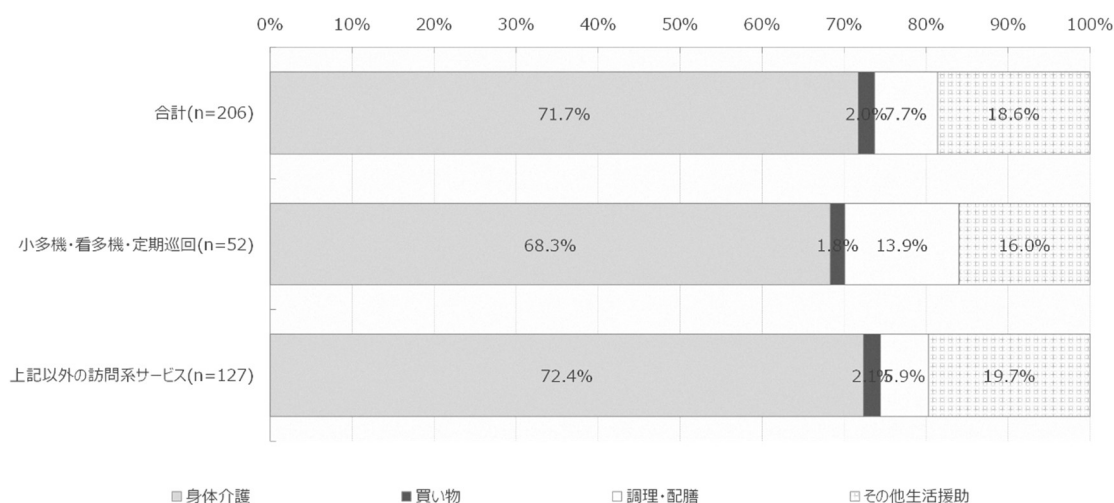
（２）訪問介護のサービス提供時間の内容別の内訳

訪問介護のサービス提供時間の内訳は、介護給付の場合は、身体介護が 71.7%、その他生活援助が 18.6%となっています。

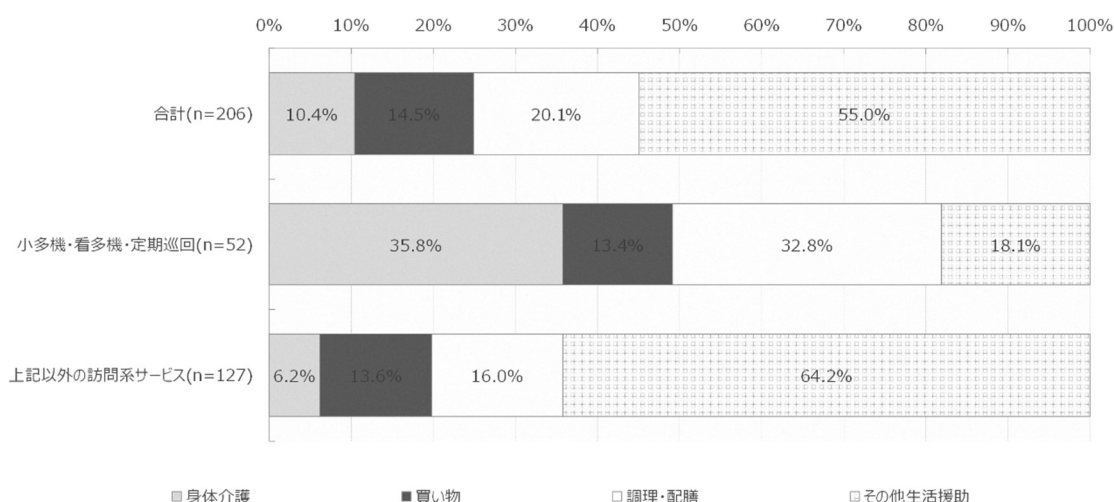
一方、予防給付・総合事業の場合は、身体介護は 10.4%となっており、残りの約 9割は、その他生活援助 55.0%、調理・配膳 20.1%、買い物 14.5%となっています。

今後、訪問介護におけるサービス提供時間を考慮し、専門職でなくともできる介護を分業できる体制構築を検討する必要があります。

訪問介護のサービス提供時間の内容別の内訳（介護給付）



訪問介護のサービス提供時間の内容別の内訳（予防給付・総合事業）



第5節 本市の現状から見えてきた課題

1 高齢者人口はピークを迎え、年齢階級別の様相が変化し始める

- 高齢者の年齢階級別人口は、前期高齢者のピークは令和3年で、それ以降は減少となります。一方、後期高齢者は、令和3年以降も増加する予測となります。
- 世帯状況の変化でも令和2年の国勢調査では、高齢独居世帯が2,815世帯で5年前より1.18倍に増加しています。
- そのため、これまでは、比較的元気な高齢者が多い印象の地域が、見守りや介護を必要とする高齢者が多い地域に変わりつつあると考えられ、その対策が急務であるとともに、その対策に必要な量がこれまでよりも急激に増加すると考えられます。

2 新型コロナウイルス感染症の影響により、社会参加の機会が減少している

- ニーズ調査では、「収入のある仕事（25.1%）」、「スポーツ関係のグループやクラブ（17.8%）」、「趣味関係のグループ（12.9%）」、「介護予防のための通いの場（百歳・脳いき）（12.8%）」などの参加率が高くなっていますが、前回（R1）と比較してすべての項目で割合が減少しているため、新型コロナウイルス感染症対策の変化に対応した高齢者の多様な社会参加の再開・拡充に向けた支援、働きかけが重要となります。
- 介護予防のための通いの場参加率（12.8%）は計画の指標となっており、国では、この通いの場の参加率8%を目指すとする指針を打ち出していますが、本市ではすでに国の目標を達成しています。

3 口腔機能低下予防の取組が重要

- 口腔機能は栄養状態や身体機能、認知機能へ影響を及ぼします。口腔機能低下は、見過ごされることが多いことから、口腔機能の維持の重要性を周知する必要があります。
- ニーズ調査では、口腔機能予防対象者が23.6%存在し、前回より2.5ポイント増加しています。
- 口腔機能予防対象者に対し、歯科受診勧奨を行うことで、効果的な口腔機能の維持につながる可能性があります。同時に、日常生活習慣の中で、歯磨き、義歯の手入れを行うとともに、パタカラ体操などの口腔機能維持に効果的なセルフケアの取組を周知啓発していくことが重要となります。

4 安心生活サポート事業（生活支援サービス）の拡充が必要

- 安心生活サポート事業の有償ボランティアを利用したいと回答した方は、全体で1割となっていますが、属性別に見ると、女性、85歳以上、要支援認定者に希望者が多くなっています。
- 利用ニーズが多かったのは、「資源ごみ出し」、「室内清掃」、「買い物」、「日常ごみ出し」などとなっており、これらに対応した利用者の発掘と体制確保が重要となります。
- 予防給付・総合事業における訪問介護のサービス提供時間の内訳は、身体介護は1割で、残りの約9割は、その他生活援助、調理・配膳、買い物となっています。
- 今後、訪問介護におけるサービス提供時間を考慮し、専門職でなくともできる介護を分業できる体制構築を検討する必要があります。
- 要支援認定者については、地域包括支援センターの担当プランナーによるマネジメントの中で、本人ニーズの確認、必要性の精査を行うことで対応が可能と考えられます。

5 介護現場では、医療との連携が求められている

- 事業所調査では、各施設等における退居・退所者に占める居所変更と死亡の状況調査から、各施設等の看取りの状況を分析しました。その結果、本市全体では、44.9%が居所変更を行うことなく、施設で死亡している（看取りが行われた）ことが分かりました。
- 居所変更を行った理由は、医療的ケア・医療処置の必要性の高まりが8割となっており、施設等における医療的ケア・医療処置への対応力向上や、医療と介護の連携による体制強化が重要となっています。
- 事業所調査では、自宅・サ高住・住宅型有料・軽費老人ホームに居住する利用者のうち、生活の維持が難しくなっている方が、5.6%（粗推計160名）存在します。
- 生活の維持が難しくなっている理由は、必要な身体介護の増大が65.9%、認知症の症状の悪化が62.8%、必要な生活支援の増大が36.4%などとなっています。

第3章 計画の基本的な考え方

第1節 計画の目指す姿

1 基本理念

第8期計画は、2025年を見据え地域包括ケアシステムを段階的に構築していくため、目指す姿「やすらぎと幸せを実感できる宇城市」の実現に向け、7つの基本目標を掲げ計画を推進してきました。

第9期計画では、高齢者とその家族の視点に立ち、住み慣れた地域で安心して自分らしく暮らし続けることができる地域包括ケアシステムの実現を目指し、宇城市総合計画の基本目標や地域包括ケアシステム、地域共生社会の理念を踏まえ、第8期計画の目指す姿「やすらぎと幸せを実感できる宇城市」を継承し、本計画を策定します。

＜第9期計画 目指す姿（基本理念）＞

やすらぎと幸せを実感できる宇城市

＜6つの基本目標＞

- 1 生涯現役社会の実現といきがい・満ちたまちづくり
- 2 地域包括ケア推進体制の構築
- 3 認知症になっても安心して暮らせるまちづくり
- 4 在宅医療・介護連携の推進
- 5 多様な住まい等の整備と防災・災害対策等の推進
- 6 介護人材の確保とサービスの質の向上

2 重点取組と目標の設定について

(1) 重点取り組みの設定

介護保険法第117条に基づき、市町村は「被保険者の自立支援、介護予防又は重度化防止」及び「介護給付費の適正化」に関して、本計画期間中に取り組むべき事項及びその目標値を定めることとされています。

本市では、高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者の増加が考えられ、新規要介護認定者も増加することが予想されます。今回実施した在宅介護実態調査の結果から、要介護認定者の31.3%の方が認知症を抱えていること、また、日常生活圏域ニーズ調査の結果から、要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者のうち、55.4%の方が認知症予防の必要性があることがわかりました。

このため、今後市の施策として、認知症の予防と共生を両輪とした総合的な施策を継続して重点的に取り組む必要があります。

その他、要介護認定者の抱えている疾患として、筋骨格系の運動器疾患や心疾患・脳血管疾患・糖尿病などの血管系疾患が多いことや、要介護認定を受けていない方のうち、口腔機能予防対象者が23.6%存在し、前回より2.5ポイント増加しているという結果が見えてきました。

このことから、高齢者自らが自分の体の状態に気づいて積極的に介護予防と健康づくりを行う通いの場等を拡充し、元気な高齢者を増やす施策についても引き続き重点的に取り組む必要があります。

さらに、現在本市が取り組む安心生活サポート事業の有償ボランティアを利用したいと回答した方が約1割存在し、現在の利用実績を勘案すると潜在的な利用意向が多いという結果が見えてきました。

今後は人口が減少し、介護の担い手を安定的に確保することが難しくなるため、自ら健康づくりと介護予防に取り組み、それを地域ぐるみで支援することの重要性が高まり、同時に、自立支援・重度化防止の取り組みも重要となる現状をふまえ、本計画期間中における重点的取組と目標を次のとおり設定しました。

<重点的取組>

- 地域の互助による通いの場を核とした積極的な介護予防と生活支援体制の構築
- 予防と共生を両輪とした認知症対策の総合的な推進
- 自立支援・重度化防止
- 介護給付の適正化

（２）重点目標

重点取組の進捗状況进行评估するために、以下の指標を重点目標と設定するとともに、毎年度、重点目標の達成状況进行评估し、公表します。

	目標項目	基準値 (R 4)	目標値 (R 6)	目標値 (R 7)	目標値 (R 8)
1	65 歳以上の元気な高齢者の割合	83.1%	83.1%	83.1%	83.1%
2	65 歳以上の高齢者の幸福度を高める	市平均 7.17 点	—	—	市平均 7.25 点
3	住民主体の通いの場（週 1 回）の数※	112 地区	135 地区	145 地区	155 地区
4	認知症サポーター養成数（累積数）	9,212 人	9,800 人	11,100 人	11,400 人
5	認知症サポーター養成率	人口の 15.7%	人口の 17.3%	人口の 19.8%	人口の 20.5%
6	ケア会議等での個別事例検討数	81 件	80 件	80 件	80 件
7	e-ラーニングシステムの登録と活用率	100%	100%	100%	100%
8	認定調査員の研修の実施回数	6 回	6 回	6 回	6 回
9	ケアプラン件数	2,603 件	3,000 件	3,000 件	3,000 件
10	医療情報突合の実施月数	12 月	12 月	12 月	12 月
11	縦覧点検の実施月数	12 月	12 月	12 月	12 月

※住民主体の通いの場（週 1 回）の数は「いきいき百歳体操」「地域型認知症予防教室」の合計数

次節以降の各取組について、上記の重点的取組に設定した項目には「★」を付し、具体的な目標値を記載しています。

これらの項目については、介護保険法に基づく実績評価を毎年度行い、PDCA サイクルによる取組の推進を図ります。

第2節 基本構想と基本計画の枠組み

1 基本構想の枠組

目指す姿
基本理念

やすらぎと幸せを実感できる宇城市

基本目標と施策の方向性

基本目標 1 生涯現役社会の実現といきがいに満ちたまちづくり

- 1 自立支援に向けた介護予防事業の推進 ★
- 2 高齢者の生きがいづくりと社会参加の促進
- 3 高齢者の就労支援の促進
- 4 生活支援体制整備事業
- 5 健康づくりの推進
- 6 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

基本目標 2 地域包括ケア推進体制の構築

- 1 地域包括支援センターの機能強化
- 2 地域ケア会議の推進 ★
- 3 重層的支援体制整備事業の実施
- 4 成年後見制度の利用促進
- 5 高齢者の虐待防止の推進

基本目標 3 認知症になっても安心して暮らせるまちづくり

- 1 認知症の理解促進と普及啓発 ★
- 2 認知症の方及び家族に対する支援の充実と社会参加支援

基本目標 4 在宅医療・介護連携の推進

- 1 在宅医療と介護等との多職種連携体制の構築

基本目標 5 多様な住まい等の整備と防災・災害対策等の推進

- 1 地域の実情に応じたサービス基盤の整備と活用
- 2 良質な高齢者向け住まいの確保
- 3 防災と災害時の支援体制の拡充
- 4 感染症対策の推進
- 5 交通安全・防犯対策等の推進

基本目標 6 介護人材の確保とサービスの質の向上

- 1 介護給付の適正化に向けた取組みの推進 ★
- 2 指導・監査の充実
- 3 介護人材の確保

重点取組

地域の互助による通いの場を核とした積極的な介護予防と生活支援体制の構築

予防と共生を両輪とした認知症対策の総合的な推進

自立支援・重度化防止

介護給付の適正化

各論

第2部 各論

第1章 施策の展開

第1節 生涯現役社会の実現といきがいに満ちたまちづくり

1 自立支援に向けた介護予防事業の推進

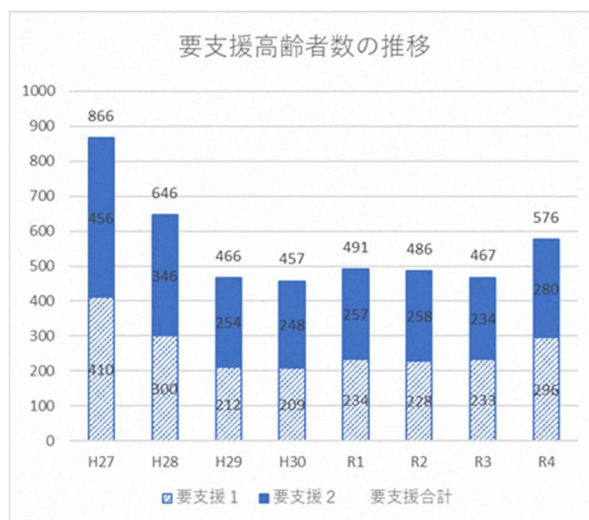
現状と課題

本市では、平成25年度から介護予防・日常生活支援総合事業に取り組み、平成27年度の制度改正に伴い、内容を拡充し取り組んできました。

具体的には、訪問型・通所型サービスを拡充し、自立支援ケアマネジメントの視点に基づく支援を強化するとともに、一般介護予防事業では、介護予防等の普及啓発をはじめ住民主体の通いの場の整備や地域で活動するサポーターの養成等を推進しました。

その結果、平成27年度以降、介護認定を受けている方のうち要支援者数が減少していますが、近年増加傾向にあります。

今後本市では、後期高齢者人口の増加に伴う要介護認定者数の更なる増加が見込まれ、住民主体の活動の拡充がより一層重要となることから、担い手の確保に向けて研修会の実施等に取り組む必要があります。



目指すべき方向性

基本チェックリスト等の活用に加え、様々な経路から介護が必要となるおそれのある高齢者を把握し、適切な介護予防事業につなげます。

また、一般介護予防事業として推進する「いきいき百歳体操」を住民主体の通いの場として広く普及させるとともに、地域包括支援センターや地域リハビリテーション広域支援センター、庁内関係課（健康づくり推進課・医療保険課等）と連携し、市民が自分の体の状態に応じて、介護予防活動を行うことができ、地域全体で支える体制の整備を目指します。

同時に、運動機能低下・転倒予防の視点だけでなく、若い時からの疾病の予防・重症化予防の視点を持った健康増進・介護予防の普及啓発を図り、要介護状態となる高齢者の増加の伸びを緩やかにします。

令和5年度 地域支援事業実施事業一覧

(令和5年9月1日現在)

事業名等				事業名等	対象者	
新しい介護予防・日常生活支援総合事業	介護予防・生活支援サービス事業	通所型サービス (第1号通所事業)	C	筋力アップ教室（三角、松合地区）	事業対象者 要支援1・2	
			C	筋力アップ教室（不知火地区・松橋・小川・豊野）		
			A	指定事業所による通所型サービス		
		訪問型サービス (第1号訪問事業)	B	安心生活サポート事業		
			C	スポット訪問リハビリ		
			A	指定事業所による訪問型サービス		
		その他の生活支援サービス (第1号生活支援事業)		配食事業（市内全域）		
		介護予防ケアマネジメント (第1号介護予防支援事業)		第1号介護予防支援事業		
	一般介護予防事業	介護予防把握事業		介護予防把握事業	一般高齢者	
		介護予防普及啓発事業	元氣にかたろう会（松橋、小川、三角、不知火）		一般高齢者	
			みな来るサークル（松橋、三角）		一般高齢者	
			男性のボディメイク講座		一般高齢者	
			地域巡回型介護予防教室		一般高齢者	
			地域介護予防活動支援事業	いきいき百歳体操		一般高齢者
		介護予防サポーター事業		一般高齢者		
		脳いきいきサロン普及啓発支援及び脳いきいきサポーター管理		一般高齢者		
		通いの場支援		一般高齢者		
		一般介護予防事業評価事業		一般介護予防事業評価事業	一般高齢者	
		地域リハビリテーション活動支援事業		地域リハビリテーション活動支援事業	一般高齢者	
		包括的支援事業	地域包括支援センター業務			
在宅医療・介護連携推進事業業務						
地域ケア会議推進事業業務						
認知症地域支援・ケア向上事業						
生活支援体制整備事業						
認知症初期集中支援推進事業						
任意事業	介護給付費等費用適正化事業					
	介護自立支援事業（在宅寝たきり高齢者家族介護者手当支給時業）				要介護3以上または要介護2で条件を満たす方の介護を1年以上無報酬で行っている者	
	高齢者在宅介護用品購入助成事業				要介護3以上で条件を満たす方	
	成年後見制度事業（市長申立、利用支援事業）				条件を満たす方	
	安心相談確保事業				一般高齢者で条件を満たす方	
	食の自立支援事業（市内全域）				要介護認定者で条件を満たす栄養改善が必要な独居高齢者	

※ 高齢介護課

具体的な取組

(1) 訪問型サービスの概要と全体像

訪問型サービスについては、要支援1・2の認定者および総合事業対象者の方を対象に、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなります。多様なサービスについては、緩和した基準によるサービスAと、住民主体によるサービスB、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービスC、さらに移動支援のサービスDがあります。

本市では、以下のサービス類型について事業を展開しています。

① 訪問型サービスA事業（指定事業所）

入浴・排泄・食事等の介護や、調理・洗濯・掃除等、家事その他の生活援助サービスです。

現在、利用者数は増加傾向にあることから、今後さらに在宅で自立した生活を送ることを目的として介護や生活援助が必要な高齢者を様々な経路から把握し利用者数を増やしていきます。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
延利用者数(人)	4,457	5,173	5,220	5,400	5,700	6,000

② 訪問型サービスB事業（安心生活サポート事業）

日常のごみ出しや買い物などの困りごとを有償ボランティアで支援しています。

高齢者のニーズはありますが、担い手不足からマッチングができないケースもあるため、地域に出向いてサービス提供会員を養成し、会員登録者数や活動回数を増やしていきます。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
延利用者数(人)	1,111	1,338	1,509	1,600	1,800	2,000
会員登録数(人)	43	46	49	50	60	70
マッチング率(%)	43.0	68.0	69.0	70.0	75.0	80.0

※マッチング率とはマッチング数/ニーズ件数

③ 訪問型サービスC事業（スポット訪問リハビリ）

担当の介護支援専門員と、作業療法士もしくは理学療法士が自宅を訪問しアセスメントを行い、個人の体の状態や現在の生活状況、家屋環境の調査を実施します。その情報を基に、個別の運動方法や必要なサービスを紹介し、個人の生活能力の維持と生活環境の改善を目的とし、在宅生活の自立支援を行います。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
延利用者数(人)	2	0	2	4	7	10

（２）通所型サービスの概要と全体像

通所型サービスは、要支援1・2の認定者および総合事業対象者の方を対象に現行の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなり、多様なサービスについては、緩和した基準によるサービスAと、住民主体によるサービスB、さらに保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスCがあります。

本市では、以下のサービス類型によって事業を展開しています。

① 通所型サービスA事業（指定事業所）

運動やレクリエーション、認知症予防プログラムなどを行うサービスです。重度化防止、自立支援を目的とし、個人にあった身体機能および認知機能の改善に向けた支援を継続し、機能維持できている人の割合を増やします。

また、地域リハビリテーション活動支援事業で理学療法士などのリハビリ職が、指定事業所への訪問及び技術支援を行うことでサービス内容の充実を図っていきます。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
延参加者数(人)	638	1,363	1,509	1,600	1,800	2,000
機能維持できている人の割合(%)	72.0	74.0	77.0	80.0	80.0	80.0

② 通所型サービスC事業（筋力アップ教室）

理学療法士・作業療法士等が、個々の心身の状況に応じたトレーニングを指導し「運動機能の向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」「認知能力の向上」などを目指した全24回（おおむね6か月）の短期集中型サービスです。特に運動機能が低下しているトレーニングが必要な高齢者を様々な経路から把握し、利用者数を増やし、主に運動機能の維持・改善とフレイルを予防します。

また、事業終了者の卒業先（行先）の検討を行う際は、市と事業受託者、地域包括支援センターで、終了者の評価を行ってから、様々な通いの場等に繋いでいきます。

	第8期計画の実績値 (R5年度見込値)			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
延参加者数(人)	1,311	1,586	1,470	1,600	1,800	2,000
開催回数(回)	123	230	220	240	240	240
機能維持・改善者割合 (%)	94.0	93.0	94.0	95.0	95.0	95.0

(3) 一般介護予防事業

一般介護予防事業は、介護予防等の普及啓発をはじめ地域での介護予防活動の充実のため住民運営の通いの場の整備や、地域で活動するサポーターの養成等の取り組みがあります。本市では、一般高齢者を対象に介護予防の普及啓発のため、運動、栄養、口腔、認知機能の改善に向けて、教室の特色を出した介護予防教室等を開催しています。

① かたろう会

令和3年までの実施形態を一部変更し、筋力アップ体操やストレッチ、レクリエーションを通して筋力低下を防止し、日常生活動作能力を維持することで自立を促し、要支援・要介護等の状態になることを予防するとともに、地域での通いの場などへの参加につながるような働きかけを行っています。また、令和4年度より、通所型サービスA事業として行っていた元気が出る学校を、本事業へ集約し、開催しています。

通いの場への移行者数が少ないことから、地域での通いの場などへの参加につながるような取り組みを検討します。

	第8期計画の実績値 (R5年度見込値)			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
開催箇所数(箇所)	-	4	4	4	4	4
延参加者数(人)	-	2,058	2,000	2,000	2,000	2,000
開催回数(回)	-	196	200	200	200	200
住民主体の通いの場 等への参加移行者数 (人)	-	3	3	5	5	5

② みな来るサークル

健康運動指導士が中心となり、筋力トレーニングやストレッチ等を指導することで、運動機能低下を予防し、日常生活動作を維持することで自立を促し、要支援・要介護等の状態になることを予防します。

サービスが必要な高齢者を様々な経路から把握し、利用者数を増やしていきます。



	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
開催箇所数(箇所)	2	2	2	2	2	2
延参加者数(人)	373	304	525	525	525	525
開催回数(回)	40	66	96	96	96	96
機能維持・改善者割合(%)	100.0	100.0	90.0	90.0	90.0	90.0

③ 男性のボディメイク講座

日常生活において自立した方を対象に、自宅でできる筋力トレーニングや認知症予防の脳トレーニング等を行い、体力増進や維持を目的としたプログラムです。

令和3年度までは、本事業に一度も参加したことがない新規の方を対象としていましたが、令和4年度より、継続参加を可能としています。



また本講座は、地域の担い手の育成も目的としており、実際に、本事業の卒業生で、地域活動の担い手として活動する方が増えていることから、目的に沿った事業展開を図ることが出来ています。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
延参加者数(人)	454	291	640	640	640	640
開催回数(回)	48	48	64	64	64	64
参加者のうち、地域活動の担い手として活動している数	2	3	10	10	10	10

④ 地域巡回型介護予防教室

介護予防に関する講演会や相談会、体力測定等を実施しています。体力測定により自らの基礎体力を知るとともに、専門職等による講演会を通し、介護予防に関する知識の普及や運動機能低下を予防する意識の向上を図ります。

また基本チェックリストの結果や実際に教室に参加した方の中から、支援が必要な高齢者を把握し、地域包括支援センター専門職のアセスメントのもと、適切な介護予防事業等を提案します。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
延開催回数(回)	24	72	90	90	90	90
延参加者数(人) (体力測定者のみ)	292	1,108	360	360	360	360
他の介護予防事業等 につないだ数(人)	0	5	10	10	10	10

⑤ いきいき百歳体操（★）

週1回以上の開催を基本とした介護予防に資する住民運営の通いの場の充実のため、介護予防の取り組みとして国・県も推奨する「いきいき百歳体操」を取り入れ実施しています。

今後も、地域での介護予防の拠点となる通いの場の拡充に向け、「いきいき百歳体操」未開催地区に対し、開催に向けた支援を行い、開催箇所数を増やしていきます。

同時に、すでに開催している地区に対しては、出前講座等の機会を通じた介入を行うことで、継続に向けた支援を行います。



	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
開催箇所数(箇所)	73	81	85	90	95	100
延参加者数(人)	15,643	32,912	35,000	40,000	45,000	50,000

⑥ ふれあい・いきいきサロンの実施

ふれあい・いきいきサロンは、地域にお住まいの高齢者などが、地域でいきいきと元気に暮らせることを目指し、月 1 回程度、地域の公民館や集会場などにおいて、レクレーションなどを行っているものです。

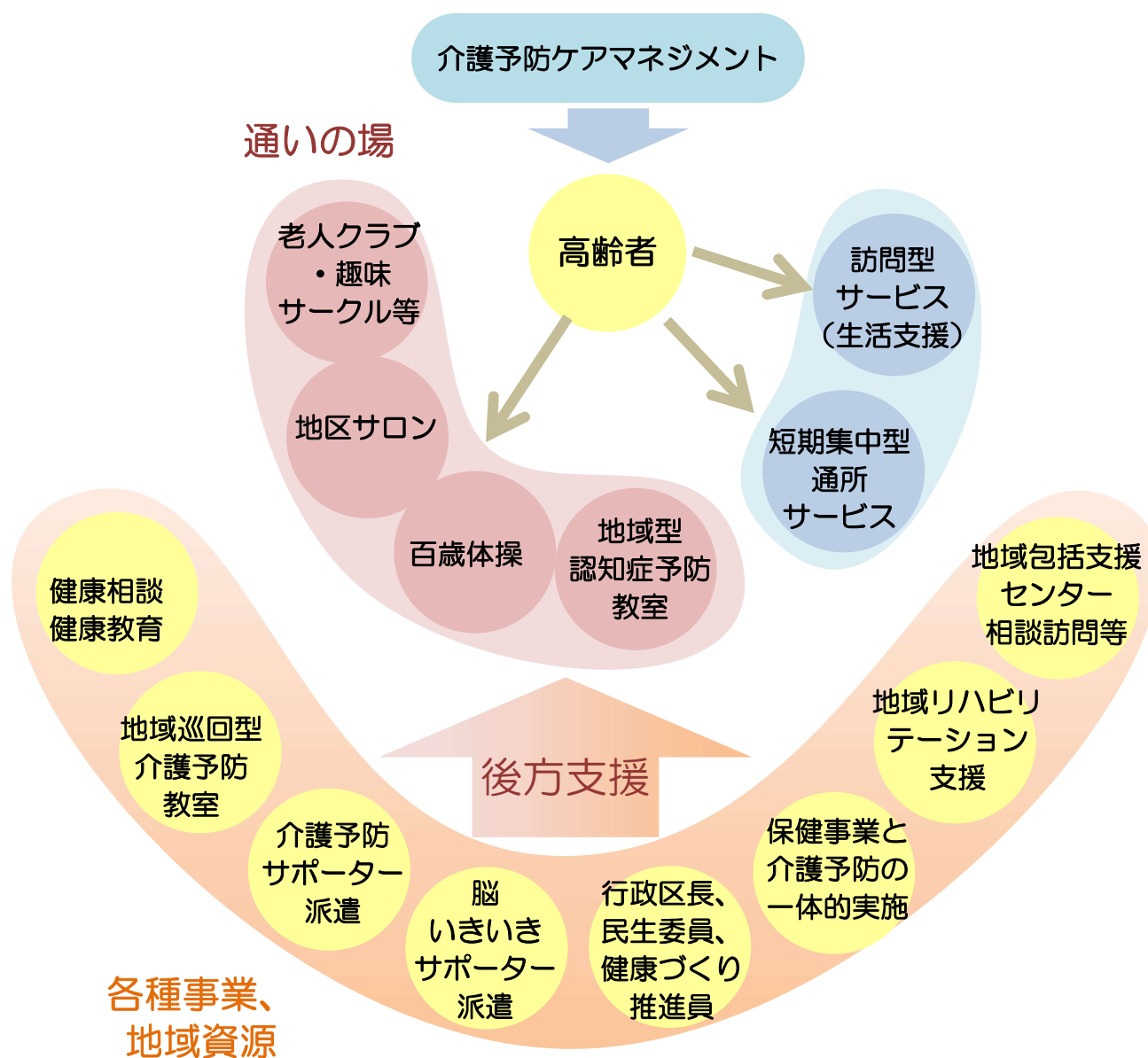
また、地域の有志の皆さんが集まって、地域全体で主体的な運営が行われることを目指したもので、本市は、主にその後方支援を行っています。

今後も、継続的に支援を行っていきます。

（４）地域リハビリテーション活動支援事業

本市では、宇城総合病院と済生会みすみ病院に委託し、100 歳体操や住宅改修などの場に理学療法士などリハビリ職の派遣を行っています。高齢者およびその家族が、住み慣れた地域で安全に、いきいきとした生活が送れるよう今後も事業を展開していきます。

本市における通いの場を中心とした予防事業の展開イメージ



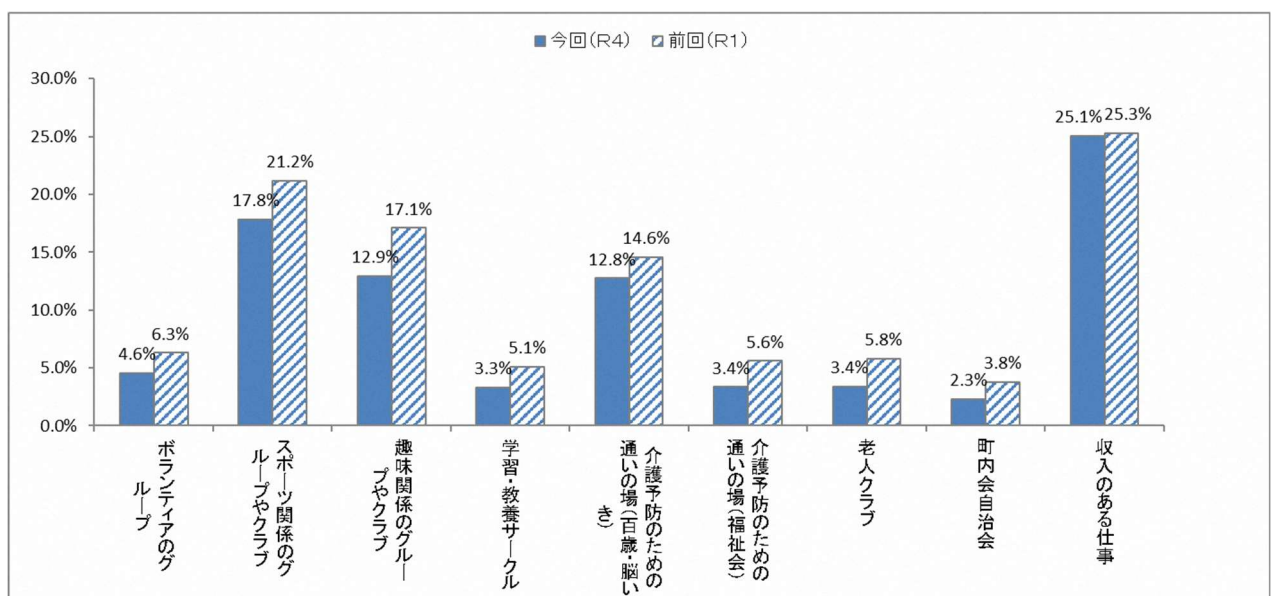
2 高齢者の生きがいくりと社会参加の促進

現状と課題

本市では、高齢者が住み慣れた地域で、本人の希望や能力を活かしながら、地域社会と関わりをもって暮らすことは介護予防に繋がるだけでなく、高齢者自らが地域の支える側の一人として活躍することに繋がると考え、さらに高齢者の生きがいくりが社会参加を促進する取り組みを勧めています。

ニーズ調査では、「収入のある仕事（25.1%）」、「スポーツ関係のグループやクラブ（17.8%）」、「趣味関係のグループ（12.9%）」、「介護予防のための通いの場（百歳・脳いき）（12.8%）」などの参加率が高くなっていますが、前回（R1）と比較してすべての項目で割合が減少しています。

そのため、新型コロナウイルス感染症対応の2類から5類引き下げのタイミングに対応した、高齢者の多様な社会参加の再開に向けた支援、働きかけが重要と考えられます。



具体的な取組

（１）老人クラブ活動

老人クラブは主に社会奉仕活動、ボランティア活動、世代間交流活動、健康づくり活動などを自主的かつ積極的に実施しています。高齢者自らが地域の互助力の担い手として、地域と高齢者を支える中心的な団体となっています。

今後、本市の高齢者数は令和6年をピークに減少していくことが予測されますが、出来る限り老人クラブ会員が減少することがないように、地域と高齢者とのつながりを作る働きかけとして、新規会員の加入促進を図ります。

また、声掛けや清掃活動、花壇活動など、高齢者が高齢者を見守る活動を継続して実施することで、様々な場面で活躍できる機会につながるよう支援していきます。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
クラブ数(クラブ)	124	113	104	100	100	100
登録者数(人)	5,911	5,081	4,610	4,300	4,200	4,100
加入率(%) 65歳以上	29.6	25.4	23.1	21.5	21.1	20.7

（２）高齢者教室

高齢者の生きがいづくりや一人ひとりの学習活動への参加など、高齢者の社会参加は介護予防につながると考え、生涯学習の一層の推進を図ります。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用者数	1,857	2,353	4,000	4,000	4,000	4,000
延講座数(教室)	71	95	95	95	95	95

（３）敬老会行事の推進

高齢者の長寿のお祝いと長年にわたる社会貢献に対する感謝の場として開催する行政区等の団体が行う敬老会で、健康づくりや介護予防を目的とした活動に対して75歳以上の高齢者に助成を行います。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
開催地区数(地区)	161	161	165	165	165	165

(4) 敬老事業の推進

高齢者の長寿を祝い、敬老の意を表することを目的として、米寿（88歳）、百歳、百歳以上の長寿者や金婚夫婦などの長寿夫婦を対象に、市長メッセージと一緒に祝金・祝品を贈呈します。高齢化の進展に伴い、対象者は年々増加傾向にあり、今後も高齢者の生きがいとなるよう、継続して取り組みます。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
米寿祝品贈呈人数 (人)	450	527	459	560	570	580
百歳祝金贈呈人数 (人)	28	31	31	35	37	39
長寿祝金(100歳超) 贈呈人数(人)	50	44	51	75	75	75
金婚夫婦表彰組数 (組)	140	140	132	140	150	160
ダイヤモンド婚表彰組 数(組)	41	38	50	50	55	60
プラチナ婚表彰組数 (組)	2	0	0	2	2	2

(5) 安心生活サポート事業協力会員の確保

地域で孤立しがちな高齢者世帯等の生活支援を行う有償ボランティアの増加をめざすため、地区や個人へ働きかけを増やし協力会員を養成していきます。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
協力会員 新規登録者数(人)	11	11	12	15	15	15

(6) 安心生活サポート事業協力会員フォローアップ講座

本事業の協力会員は、自分が出来る無理のない範囲で活動して頂いているが、もっとより良い支援活動ができるよう、活動報告等の連絡会や研修会を開催します。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
開催数(回)	3	2	3	3	3	3
参加者数(人)	26	25	27	30	40	50

（７）介護予防サポーター（スマイルサポーター）養成・派遣

運動やレクリエーションなどを指導する介護予防サポーターを養成し、地区サロン等に派遣することで地域の介護予防や健康づくりを推進します。

登録者数は 100 名程度ですが、地区によって偏りがあることから、地区ごとの特徴を踏まえた、周知活動を行う必要があります。

また、サポーターの組織化を行い、定期的なスキルアップに向けた研修等の支援を行うことで、既存サポーターの活動促進を図ります。

	第 8 期計画の実績値（R5 年度見込値）			第 9 期計画の計画値		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
養成講座開催数(回)	9	9	9	9	9	9
養成数(人)	35	35	40	40	40	40
全登録数(人)	76	105	100	100	100	100

（８）社会参加・生きがいづくり活動の拠点提供

老人クラブ活動や生きがい活動、趣味クラブ活動等、高齢者の交流や趣味、親睦の場として老人福祉センターや元気老人交流施設があります。また、防災拠点センターでは、共助の力を養う住民の通いの場として、防災活動だけでなく地域の実情に合わせ、憩いの場やイベント会場として利用されています。今後も、機能向上や統合等、より住みやすいまちにするために、市民の方々の活動、交流の場を提供していきます。

新型コロナウイルス感染症の影響により、利用者数は減少傾向となっていました。が、利用者数の回復に向けて周知啓発を行っていきます。

拠点名	町
宇城市老人福祉センター	松橋
元気老人交流施設(高齢者センター)	松橋
宇城市保健福祉センター	松橋
ふれあいの館	三角
松橋東防災拠点センター	松橋
松橋西防災拠点センター	松橋
小川防災拠点センター	小川
不知火防災拠点センター	不知火
三角防災拠点センター	三角
豊野防災拠点センター	豊野

3 高齢者の就労支援の促進

現状と課題

国勢調査では総就業者に占める高齢者の割合と、高齢者人口に占める就業者の割合は増加傾向です。就労は健康づくりや介護予防にも効果的であり、働く意欲を持つ高齢者が増えている状況下で、「生涯現役社会」の実現に向け高齢者の更なる就労の推進が必要です。

目指すべき方向性

本市では、元気な高齢者がボランティア活動の担い手として参加を高めていくことや、高齢者の就労につながる施策を展開します。元気な高齢者が、自身の能力を活かし活動をすることで、生きがいや日常生活の充実を図ることができるよう、シルバー人材センターの業務拡大・機能強化に向けた支援を行います。

具体的な取組

(1) シルバー人材センターへの支援

シルバー人材センターでは、高齢者の就労支援を目的として、本市の60歳以上の健康で働く意欲のある方を対象に、一般家庭、公的機関、民間企業等の様々な作業を受託しています。高齢者の生きがいづくりや社会参加・健康維持を目的として、高齢者の豊かな知識と経験で真心と技術を提供しています。本市では、高齢者の就労の場の提供に寄与しているシルバー人材センターの事業運営の支援を行っています。今後も、活躍の場を広げるために支援を行い、就労支援・フォローアップのためのセミナーを開催するなど、新規会員の獲得を目指します。

		第8期計画の実績値 (R5年度見込値)			第9期計画の計画値		
		R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
会員数(人)	男性	214	231	240	245	250	255
	女性	58	59	60	65	70	75
	合計	272	290	300	310	320	330
契約件数(件)		2,728	2,478	2,500	2,550	2,600	2,650
就業延べ日数(日)		23,352	22,672	23,000	23,100	23,200	23,300
主な仕事内容							
広告等の配布、農作業、施設管理、公園清掃、樹木消毒、植木の手入れ、草むしり、草刈り、賞状全文書き、宛名書きなど。							

4 生活支援体制整備事業

現状と課題

本市が定める日常生活圏域ごとに、関係者のネットワークや既存の取組・組織等の活用を行いながら、資源開発、関係者のネットワーク化、地域の支援ニーズとサービス提供主体のマッチング等のコーディネート業務を実施することにより、地域における生活支援・介護予防サービスの提供体制の整備に向けた取組を推進しています。



※買い物支援ホームページ画面

目指すべき方向性

生活支援コーディネーターが協議体のネットワークを活かし、住民主体のサービスが活性化されるよう地域の互助力を高め、高齢者の社会参加を促し、地域全体で高齢者の生活を支える仕組づくりを目指します。

《生活支援コーディネーターの役割》

高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進していく地域における生活支援等の体制整備に向けた調整役

《協議体の目的》

地域で高齢者を支援する関係者間のネットワーク作り・定期的な情報共有・連携強化の場

《第1層・第2層の範囲》

第1層は市全体、第2層は5つの生活圏域を指します

具体的な取組

(1) 第2層における関係者とのネットワーク構築や地域の困りごとを見える化

第2層コーディネーターは、地域ケア会議・座談会や訪問等で情報を収集し、地域の困りごとを見える化し、地域（第2層協議体等）の中で活用できる資源と結びつけるとともに、地域で解決できない課題は、第1層コーディネーターに報告します。

(2) 第1層における関係者とのネットワーク構築やサービス開発

第1層コーディネーターは、第2層協議体等で把握した第2層で解決できない地域の困りごとを、第1層協議体で報告します。第1層協議体は、本市関係部署と情報を共有し、課題解決につながる仕組づくり等について協議を行います。第1層コーディネーターは第1層協議体での協議内容をもとに、必要なサービス開発に向け活動します。

また、本市関係各課等が行う講座や研修等の場において、生活支援体制整備事業の普及啓発を行うとともに、その他民間企業や住民団体の取組をまとめ、第2層コーディネーターと連携し、地域の困りごととマッチングします。

	第8期計画の実績値 (R5年度見込値)			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
サービス開発に向けた活動数(件)	0	0	1	1	1	1

(3) 第2層協議体の開催

日常生活圏域ごとに地域課題等の情報共有及び連携強化を図るために協議体を開催し、前年度の振り返りを行いました。

今後も、日常生活圏域ごとに第2層協議体を開催し、地域課題に対する各地区の取組や地域の互助力を高めるための取組などについての意見交換を行います。

(4) 行政区ごとの座談会の開催

地域の現状を協議することで、地域課題等を明らかにし地域でできることの共通認識を図ります。地域の方の積極性も見られるようになってきたことから、今後も継続して事業に取り組みます。

(5) 地域資源冊子・買い物資源等の電子媒体の作成

高齢者の介護予防・生活支援に係るサービスの情報を収集した冊子と買い物資源等の電子媒体を本市社協ホームページで閲覧できるよう作成します。これらの情報が高齢者の生活を支えるために活用されるよう促進します。

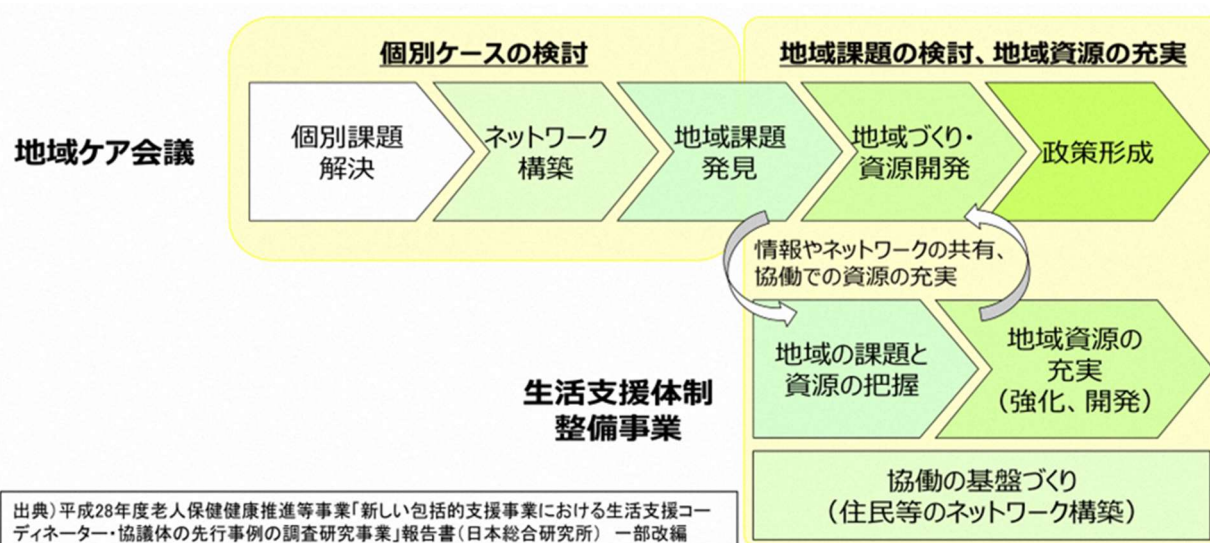
（６）地域ケア会議への参加

現在、本市の課題を把握するために、生活支援コーディネーターが地域ケア会議へ参加しています。そこで抽出された課題を、各協議体へ報告し共有を行い課題解決に向けて取り組んでいきます。

今後は、地域ケア会議に上がった事例の本人、家族やケアプランを作成した介護支援専門員やケアにあたっているチームにとって、より適した助言ができるよう、助言者の育成を図ります。

	第 8 期計画の実績値（R 5 年度見込値）			第 9 期計画の計画値		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
地域ケア個別会議参加数(回)	12	9	6	10	10	10
地域ケア圏域会議参加数(回)	1	1	3	1	1	1
地域ケア推進会議参加数(回)	0	1	1	1	1	1
生活支援コーディネーターが課題解決に向けて取り組んだ数(件)	0	0	1	1	1	1

＜地域ケア会議と生活支援体制整備事業の関連図＞



(7) 事業の周知活動

現在、周知活動として社協広報紙「ハートフルうき」および「お互いさまの地域づくり」のチラシを配布しています。

また、今後は事業周知のための研修会を開催するとともに、より周知の強化を目指します。

生活支援体制整備事業
「お互いさまの地域づくり」を目指して!

あなたの地区にも
おじゃまします

松橋町竹崎区
三角町古場区
小川町北出村区
不知火町御領5区
豊野町下郷区

今年度はコーディネーターが地域に出向き、各町でモデル地区を選定し、座談会を開催しました。座談会には若年層から高齢者まで参加し、「地域の中でどんな活動や支え合いがあるのか」「どんなことに困っているのか」などを話し合い、地域の実情を把握しながら課題整理を行いました。参加者は「自分の地区を考える良い機会になった」「見守り活動を地域で協力していく必要がある」など、活発な意見が聞かれました。

社会福祉法人 宇城市社会福祉協議会

皆さんと共にお互いに支えあう地域づくりを進めます

宇城市社会福祉協議会(市社協)では、平成30年度より生活支援コーディネーターを市社協に配置し、日常生活において支援が必要な高齢者等が、住み慣れた地域で生きがいをもって在宅生活が継続できるように、「介護予防」「社会参加」を重視しながら、住民の方が主体となって取り組む助け合い活動を推進しております。また、ボランティア等の担い手や地域資源の発掘、関係機関のネットワークづくりをおこない、地域の中で多様なサービスが提供できるように住民の皆さんと一緒に考えていきます。

「生活支援コーディネーター」が
宇城市の地域づくりを支援します

別名「地域支えあい推進員」といいます。高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進していくことを目的に、地域における生活支援の体制整備に向けた調整役として、「生活支援コーディネーター」を配置しています。

高齢者などが住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう、日常生活上の生活支援体制の充実・強化を図るとともに、高齢者の社会参加、生きがいづくりの機会を創出します。また、地域における生活支援活動の多様な担い手の育成もおこなっていきます。

お問い合わせ先

社会福祉法人 宇城市社会福祉協議会
〒869-0552 熊本県宇城市松橋町豊橋1786
TEL 0964-32-1055 FAX 0964-32-6455

5 健康づくりの推進

現状と課題

本市は、特定健康診査（以下 特定健診という）結果で、Ⅱ度以上の高血圧者の割合が減少傾向にあるものの依然高く、高血糖（HbA1c6.5%以上）の割合も年々高くなりつつあります。これらのリスクは、「脳血管疾患（脳卒中）」、「虚血性心疾患」「糖尿病性腎症」などを発症する原因とも言われており、また「認知症」との関係性も明らかになってきました。

自覚症状が無くても毎年健康診査（以下 健診という）を受けることで、目に見えない自分の体に起こっている変化を知り、食生活等の改善や早期治療に繋げることができます。このことは、疾患の発症予防や重症化予防になり、ひいては介護予防につながります。

このため健診継続受診者を増やすだけでなく、健診を受診していない方、医療受診していない方へも特定健診受診を勧めていく必要があります。

また、保健指導に従事する職員を対象とし、専門の講師を招いた事例検討などを実施しており、職員の力量形成を図っています。

目指すべき方向性

要介護認定者の有病状況の中で多い疾患である「脳血管疾患」「虚血性心疾患」「糖尿病性腎症」を減らしていくことを目標としています。この3疾患の血管変化における共通のリスクとなる「高血圧」「脂質異常症」「糖尿病」「メタボリックシンドローム」を減らしていくために、健診受診勧奨や健康教育等の保健指導を展開していきます。

具体的な取組

（１）健康教育

生活習慣病予防や重症化予防のために、健康づくり推進員や食生活改善推進員と連携し、健康教育を実施します。主に、健康づくり推進員は地区ごとの健康づくりの企画・実施、食生活改善推進員は伝達講習会での食育の普及啓発活動などに取り組んでいます。今後も実施体制を確保し、継続した活動を行う予定です。

また、令和4年度は、秋の集団健診時に対象者の尿中塩分測定と食生活に関するアンケートを実施し、食と血圧の関係を分析しています。調査・分析の結果を元に、食生活改善推進員へ向けた講習会を行い、市民に向けて高血圧症になる原因等の情報提供・周知活動に取り組んでいます。

	第8期計画の実績値 (R5年度見込値)			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
節目 65歳(人)	54	—	—	—	—	—
一般(人)	198	535	550	500	500	500
病態別(人)	26	214	250	300	300	300

(2) 健康相談

健康相談を市民が気軽に受けられるよう、保健福祉センターや地区公民館の事業に合わせて実施します。

今後は、新型コロナウイルス感染症により中止していた、健診結果説明会にも取り組むことで、より気軽に相談できる体制を構築します。

	第8期計画の実績値 (R5年度見込値)			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
実施回数(回)	3	1	20	30	30	30
実施件数(件)	54	1	1,000	1,000	1,000	1,000

(3) さしより野菜プロジェクト

「さしより」とは熊本弁で「まず、とりあえず」という意味です。

「さしより野菜」で食物繊維が豊富な野菜から先に食べることで血糖値の急上昇を抑え、糖尿病の予防につながります。

また、「たっぷり野菜」(1日 350g 以上の野菜を食べること)で体内の余分な塩分の排出を促し、「減塩」(摂取する塩分を減らすこと)と併せて高血圧予防を推進する取組です。

本市ならではの野菜に着目した健康づくりの取組を進めていくため、健康づくり推進員や食生活改善推進員・母子保健推進員・地域婦人会などと連携を図りながら、今後もこのプロジェクトを継続して推進していきます。



	第8期計画の実績値 (R5年度見込値)			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
さしより野菜協力認定店舗数(店舗)	29	52	51	65	80	100
さしより野菜に関する健康教育の実施回数(上段)及び人数(下段)	3	6	15	20	25	30
	43	101	300	400	500	600
健康ポイント応募件数(件)	131	216	300	400	500	600

(4) 健康診査

特定健診は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、病気の早期発見、早期治療だけでなく、診査結果を踏まえた保健指導を行う事により、病気の予防および進行の防止ならびに健康増進に向けた市民の自主的な努力を促進するために実施しています。国が示す特定健診受診率(国民健康保険)60%を目指し、新規受診者と健診受診リピーターを増やす働きかけを行っていきます。

また、健康増進法及びがん対策基本法等に基づき各種がん検診と歯周病検診ならびに骨粗しょう症検診を実施しています。令和4年度より、20～30歳代の若者に急増している乳がん・子宮がんの受診率向上と、受診機会の少ない女性特有のがん検診の受診機会を増やすため、レディース検診として同日で複数の検診を受診できるようにしています。また、高齢期に骨折転倒による認定を受ける方が多いことから、40歳から骨粗しょう症検診の受診を積極的に推進しています。

	第8期計画の実績値 (R5年度見込値)			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
特定健診受診率(%)	37.2	41.2	44.0	45.0	48.0	51.0
胃がん検診受診率(%)	13.5	15.8	17.0	30.0	40.0	40.0
肺がん検診受診率(%)	27.1	30.4	32.0	40.0	50.0	50.0
大腸がん検診受診率(%)	19.5	23.1	25.0	30.0	40.0	40.0
子宮がん検診受診率(%)	22.0	23.3	25.0	35.0	50.0	50.0
乳がん検診受診率(%)	27.1	31.3	33.0	40.0	50.0	50.0
歯周病検診受診率(%)	5.8	6.6	8.0	9.0	11.0	13.0
骨粗しょう症健診受診率(%)	20.7	32.1	35.0	35.0	37.0	40.0

（５）特定保健指導

特定健診の結果から、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の方を対象に特定保健指導を実施します。日常生活の見直し等により高血圧症、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病の発症予防を行うことで、脳血管疾患や心疾患、糖尿病性腎症等の重症化を防止します。

今後、団塊の世代がすべて75歳以上となる令和7年を見据え、特に若年層（40-50代）へターゲットを絞った受診勧奨を図ることで、特定健診の受診率の向上、リスクのある方の早期発見・早期予防、特定保健指導対象者の抽出・指導を推進します。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
特定保健指導対象者数(人)	475	516	500	530	540	570
特定保健指導実施率(%)	72.0	58.7	72.3	74.0	75.0	75.0

（６）重症化予防事業

特定健診（基本健診）の結果で、動脈硬化性疾患の重症化リスクを持った方に健診結果を説明し、食生活改善等の指導と受診勧奨を行います。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
実施人数(人)	498	534	550	-	-	-
保健指導実施率(%)	93.4	95.0	95.0	95.0	95.5	96.0

※重症化予防事業の対象者については、毎年選定基準の見直しを行うため、対象者数に変動があり、実施人数の計画値は未記入

（７）訪問指導

保健師・管理栄養士等の専門職が、健診を受けて要指導となった方や動脈硬化のリスクを抱えている方を訪問します。健診データをもとに、体の中で起こっている変化を説明し、その方の生活に応じ、一緒に考えることで生活習慣の改善に繋がります。

生活習慣病の重症化を予防することは介護予防につながる為、専門職の訪問指導は重要な役割を担っています。

近年では高血圧者の割合は減少傾向にある一方で、肥満者の割合や高血糖者の割合が増加しており、糖尿病患者の増加が予測されることから、より一層「さしより野菜」や「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の推進に取り組み、各事業の中で展開していきます。併せて、国が実施している医療費適正化の一環として、令和４年度より病院への受診回数が多い方、服薬中の薬が１５種類、６錠以上ある方を中心に対象者をリストアップし、訪問介入を実施しています。

新型コロナウイルス感染症の影響により、思うような訪問指導が出来ていませんでしたが、令和３年度より再開し、今後も継続して取り組んでいきます。

		第８期計画の実績値 (R５年度見込値)			第９期計画の計画値		
		R３年度	R４年度	R５年度	R６年度	R７年度	R８年度
要指導(生活習慣改善等)者	実施人数(人)	418	551	560	500	500	500
	延実施人数(人)	474	637	650	700	700	700
要精密検査等	対象者数(人)	22	27	40	50	50	50
	延実施人数(人)	22	27	40	50	50	50
介護予防等 (高齢者)	対象者数(人)	5	9	10	10	10	10
	延実施人数(人)	5	9	10	10	10	10
精神病や 難病の方など	対象者数(人)	14	8	10	10	10	10
	延実施人数(人)	14	9	10	10	10	10

6 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

現状と課題

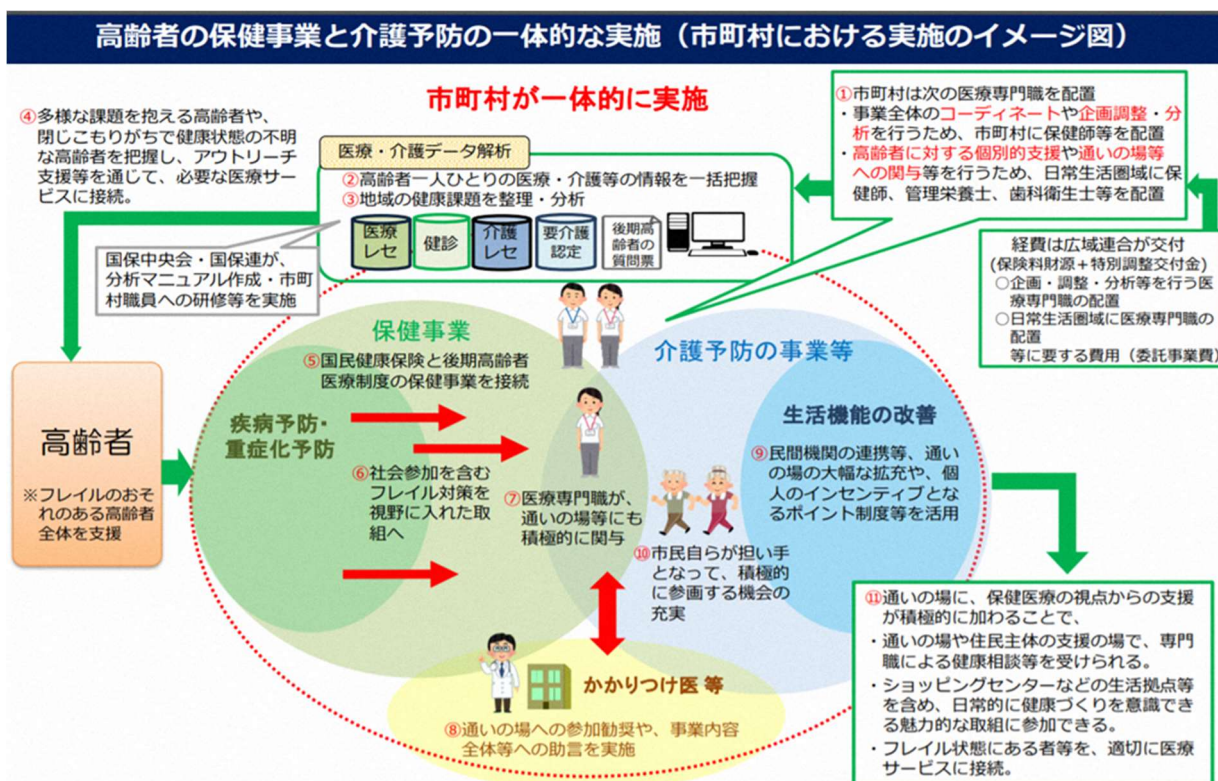
令和4年度の本市の高齢者医療費は、一人あたり月額約81,000円、介護給付費は一人あたり年額約293,000円で、国の平均より多くなっています。

高額な医療費が必要となる疾患としては人工透析や循環器疾患・骨折などがあります。循環器疾患や人工透析の基礎疾患としては高血圧や糖尿病があり、悪化しないようコントロールしていくことが重要です。また、骨折の要因として筋力低下がありますが、基礎疾患があることや薬剤の副作用が要因のふらつき、認知症の増加によっても骨折を起こしやすくなっていることも考えられます。

本市の特定健診の結果では、Ⅱ度以上の高血圧者の割合が他市町村と比較しても高くなっており、高血糖者も増加しています。これらの発症や悪化を予防できる疾患については、生涯を通して健康的な生活習慣を継続し、疾病の予防と重症化を防ぐことが重要です。

目指すべき方向性

疾病の重症化予防・フレイル予防や健康状態不明者への訪問を関係部局や団体と連携・協力しながら、一体的な取組として進めていきます。



具体的な取組

（１）高血圧・糖尿病・慢性腎臓病の重症化予防

特定健診後の重症化予防の取組を後期高齢者にも継続して取り組んでいきます。

高齢者自身が自分の体の状態を把握する機会として、後期高齢者健康診査の受診勧奨を行い、KDB システム（国保データベースシステム）を活用して、抽出した対象者に家庭訪問等による個別支援を行います。また、健康状態不明者や健診未受診者へも状況把握や訪問を通して、個々に合わせた情報を提供し、必要なサービスへとつなげる支援を行います。

さらに、令和４年度より必要な人員体制の充実や、各種研修会などへ参加したことで、幅広い専門知識を得ながら支援の拡充を図っています。

	第８期計画の実績値（Ｒ５年度見込値）			第９期計画の計画値		
	Ｒ３年度	Ｒ４年度	Ｒ５年度	Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度
健診受診率（％）	19.3	20.5	21.5	20.0	20.5	21.0
実施実人数（人）	165	665	680	600	650	700
実施延人数（人）	249	1,156	1,200	1,200	1,300	1,400

（２）フレイル予防

令和４年度より、ポピュレーションアプローチとして、歯科口腔健康教育を中心に百歳体操などの通いの場や、75 歳到達者説明会などでのフレイル予防の普及啓発に取り組みました。

引き続き、歯科口腔健診の受診勧奨を行い、高齢者自身が口腔の状態と全身状態の関連を知ることによってオーラルフレイル予防に繋がっていきます。

今後は、低栄養予防など幅広いフレイル予防へのポピュレーションを実施するとともに、介入した地区においてハイリスクが疑われる方については、受診勧奨を行う必要があります。同時に、令和４年度に実施した、日常生活圏域ニーズ調査において、BMI18.5 以下かつ、この半年間で 2～3kg 以上、体重が減少したと回答した低栄養者については、個別支援による栄養指導を実施していきます。

一方、通いの場や各地区の健康教育の機会を利用して、フレイルについて情報提供を行い、予防について啓発するとともに、膝痛などの筋骨格系の疾患から運動機能が低下し、フレイルや要介護状態とならないよう、膝痛予防などについても啓発していきます。

なお、事業実施に際しては、通いの場等で参加者の健康状態を把握し、関係部署と連携をとりながら状況に合わせた支援をしていきます。

後期高齢者医療制度説明会（75歳到達者説明会）

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
実施回数(回)	26	38	40	40	40	40
参加者人数(人)	464	635	650	650	650	650

健康教育（低栄養予防など幅広いフレイル予防へのポピュレーション）

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
実施回数(回)	20	65	75	75	80	80
75歳以上 参加者人数(人)	172	619	650	650	700	700

低栄養者個別支援

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
実施実人数(人)	1	0	20	20	20	20
実施延人数(人)	2	0	30	30	30	30

（３）保健・医療・介護の連携強化

庁舎内各部局間で現状や課題を共有し、報告や連絡を密に取り合いながら目指す姿に向けて事業を実施していきます。

また、庁内の連携会議の他に関係団体との会議でも現状や課題・本市の取組などを共有し、協力を得ながら事業を推進していきます。

（４）本市における実施体制と実施方針

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の事業計画

事業目標	
フレイルの進行を防止し、在宅で自立した生活がおくれる高齢者が増加する	
健康状態に課題がある高齢者の減少	心身機能が低下した高齢者の減少
○生活習慣病の重症化予防 ・生活習慣病のコントロール ・適切な服薬	○フレイル予防 ・低栄養予防 ・口腔機能低下予防 ・認知機能・運動機能の維持・改善



宇城市の取組	
個別支援 （ハイリスクアプローチ） ①健診結果から血圧、糖、腎等のハイリスク者への訪問指導 ②ハイリスク者の多剤・重複服薬指導 ③健康状態が不明な高齢者の状態把握 ④歯科口腔機能ハイリスク者への訪問指導	通いの場などでの健康教育 （ポピュレーションアプローチ） ①通いの場（百歳体操）、医療制度説明会等でのフレイル予防に関する健康教育・相談 ②通いの場等を活用した健康状態の把握 ③活動を通じた地域、保健、医療、介護との連携強化

第2節 地域包括ケア推進体制の構築

1 地域包括支援センターの機能強化

現状と課題

地域包括支援センターは、高齢者等からの総合相談や権利擁護をはじめ、介護予防ケアマネジメント、医療介護の連携、生活支援等、地域包括ケアシステムにおける中核機関となります。

その役割はさらに重要なものとなってきたことから、今後さらに運営基盤の充実・強化が必要となっており、人員体制の整備を行い、サービス提供体制の充実が必要となります。

また、中長期的な視点を持って本市の地域包括システムに向けた取組を推進していく中で、地域住民にとって効果的なセンター運営が安定的・継続的に行われていくことが重要です。

包括的支援事業の全体像

介護予防ケアマネジメント

要支援者・事業対象者の自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントを行います。

総合相談・支援業務

住民の各種相談を幅広く受け付け、各種制度の横断的な支援を実施します。
本市では、地域包括支援センターが対応しています。

権利擁護業務

成年後見制度の活用促進や高齢者の虐待防止の支援を行います。

包括的・継続的ケアマネジメント業務

介護支援専門員への相談・支援・指導や困難事例等への対応を支援します。

地域ケア会議

多職種協働による個別事例の検討会議を実施します。また、地域共通の課題について、施策検討を行うとともに、課題解決に向けた関係機関等との連携を深めます。

在宅医療・介護連携の推進

地域の医療機関や介護事業所等との連携により、在宅医療・介護の一体的な提供を推進します。

認知症施策の推進

認知症になっても、地域で安心して暮らし続けることができる体制の構築を支援します。

介護予防・生活支援サービスの提供

高齢者のニーズと社会資源のマッチングを行い、介護予防・生活支援サービスを提供します。

目指すべき方向性

本市では、高齢者自らが地域とのつながりの中で介護予防に取り組み、生活支援等地域の支え合いの基盤整備を進めていきます。また、課題が複合化する高齢者世帯に対し制度との連携も含め包括的な支援体制の構築を目指します。これらの取組をもとに、高齢者が医療や介護が必要な状態となっても、住み慣れた場所で生活続けることができる地域を目指します。

そのため、地域包括ケアの中核機関として、地域包括支援センターが相談支援や介護予防ケアマネジメント等の機能を最大限発揮でき、高齢者等がより身近に利用できるよう、業務負担を図るとともに、体制整備や、評価・点検による中核的な運営水準の確保を図ります。

また、要介護から要支援に介護度が改善された方のケアマネジメントを引き続き居宅介護支援事業所に委託するなど、継続した支援を可能とする仕組の構築を行っていきます。

同時に、圏域内の高齢者人口に応じて適切に職員を配置するなど、必要な人員体制の充実や予算の確保に努め、評価指標を用いて業務の状況や量等を把握し、評価・点検を適切に行っていきます。

具体的な取組

(1) 相談や訪問活動の充実

介護の重度化を防止しヤングケアラーを含む家族介護者の支援をしていくために、高齢者やその家族等の不安に早期の段階から対応するための相談や訪問活動等の重要性が高まっています。

今後も、地域包括支援センターが中心となって迅速で適切な相談対応や訪問活動に努めるとともに、相談窓口の周知やPRを行っていきます。

	第8期計画の実績値 (R5年度見込値)			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
延電話相談件数(人)	3,513	2,917	3,000	-	-	-
延来所相談件数(人)	238	174	200	-	-	-
延訪問相談件数(人)	1,900	1,098	1,200	-	-	-
内、認知症に関する相談件数(人)	755	406	450	-	-	-

※相談・訪問件数のため実績値のみを記入

（２）包括的・継続的ケアマネジメント業務

介護支援専門員への相談支援や困難事例等への対応支援を行います。また、宇城市介護保険サービス従事者連絡協議会の運営や研修会の開催や市内事業所の主任介護支援専門員を通してネットワークづくりと介護支援専門員等の実践能力向上支援、自立支援型ケアマネジメントの趣旨に沿った住民支援など、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を行います。

	第８期計画の実績値（Ｒ５年度見込値）			第９期計画の計画値		
	Ｒ３年度	Ｒ４年度	Ｒ５年度	Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度
介護支援専門員の 相談支援(件)	287	295	300	-	-	-
介護保険サービス 従事者連絡協議会 加入率(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

※相談・訪問件数は実績値のみを記入

2 地域ケア会議の推進

(1) 地域ケア個別会議 (★)

本市では、医療、介護等の専門職をはじめとした多職種が協働し、介護支援専門員等が抱える個別事例を検討することで、個別課題解決の糸口を見出し、介護支援専門員等の自立支援に資するケアマネジメント能力の向上を図るとともに地域関係者のネットワークを構築します。

また、令和4年度より総合事業利用者の卒業先を検討する評価会議を開始しており、利用者の機能評価や利用状況を踏まえた自立支援や社会参加に向けた検討を行います。

	第8期計画の実績値 (R5年度見込値)			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
会議開催数(回)	12	33※	29	34	34	34
検討事例数(件)	37	81※	75	80	80	80

※令和4年度より総合事業評価会議開始のため

(2) 圏域別地域ケア会議

個別ケースの課題分析等を積み上げることにより明らかになった地域課題を圏域別地域ケア会議において関係者と解決に向けた検討を行います。

	第8期計画の実績値 (R5年度見込値)			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
会議開催数(回)	1	1	3	1	1	1

(3) 地域ケア推進会議

圏域別地域ケア会議で共有された地域課題の中で、政策形成の必要性がある項目について、さらに具体的な協議を行い、政策形成に繋げていきます。

	第8期計画の実績値 (R5年度見込値)			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
政策形成数(件)	0	0	1	1	1	1

個別事例検討をきっかけとした地域づくりのイメージ

個別ケースの発見・相談

地域包括支援センター

- ① 支援者が困難を感じているケース
- ② 支援が必要だと判断されるが、サービスに繋がっていないケース
- ③ 支援が自立を阻害していると考えられるケース
- ④ 権利擁護が必要なケース
- ⑤ 地域課題に関するケース など



地域ケア個別会議の開催(個別課題の解決・地域課題の抽出)

多職種連携ネットワーク



圏域別地域ケア会議の開催 (社会資源の整理・地域課題の共有・政策形成の必要性の検討)

地域ケア推進会議の開催(施策検討・施策形成)

3 重層的支援体制整備事業の実施

本市では、地域住民の複合・複雑化した支援ニーズ（介護分野、障がい分野、困窮分野、子ども分野）に対する包括的な支援体制を整備する重層的支援体制整備事業を、令和7年度から実施予定です。

（１）移行準備事業の実施

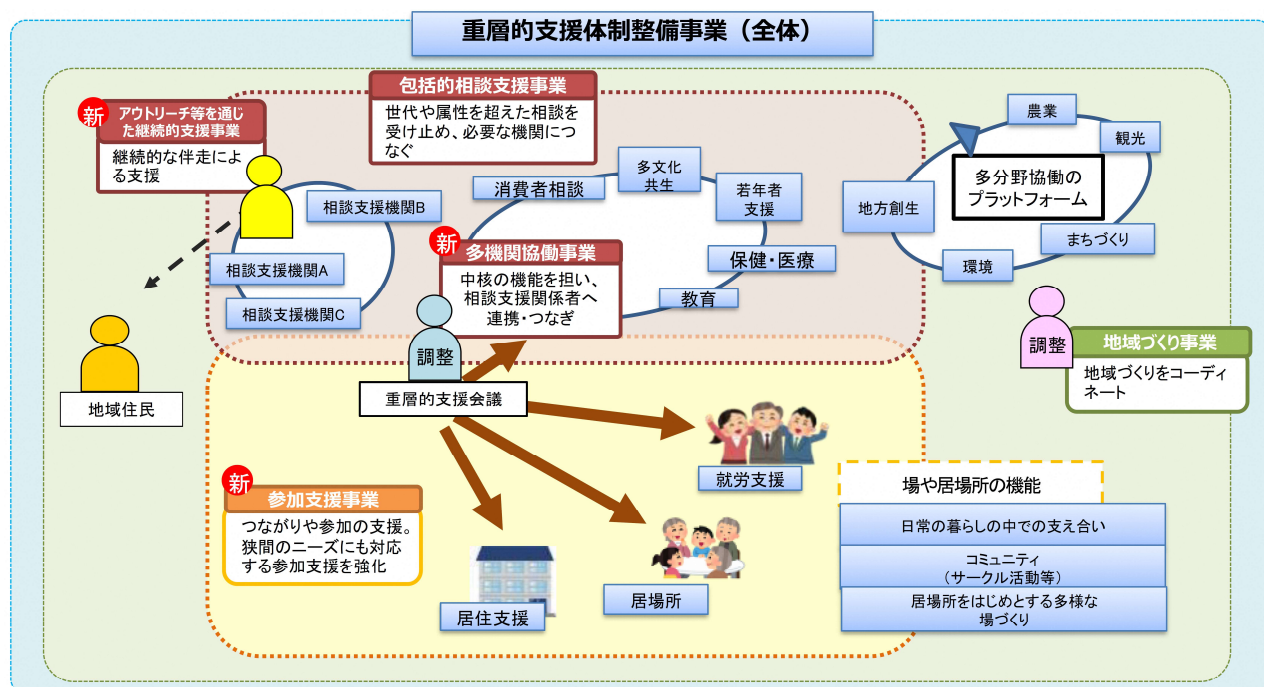
重層的支援体制整備事業を実施するにあたり、令和5年度から2年間を移行準備期間とし、事業実施に必要な連携体制の構築など移行準備事業を実施しています。

（２）重層の5本の柱

重層的支援体制整備事業では、①包括的相談支援事業、②参加支援事業、③地域づくりに向けた支援事業、④アウトリーチ等を通じた継続支援事業、⑤多機関協働事業の5本の柱となる事業を一体的に実施することにより、地域福祉（地域での社会福祉）を推進していきます。

重層的支援体制整備事業について（イメージ）

- 相談者の属性、世代、相談内容に関わらず、包括的相談支援事業において包括的に相談を受け止める。受け止めた相談のうち、複雑化・複合化した事例については多機関協働事業につなぎ、課題の解きほぐしや関係機関間の役割分担を図り、各支援機関が円滑な連携のもとで支援できるようにする。
- なお、長期にわたりひきこもりの状態にある人など、自ら支援に繋げることが難しい人の場合には、アウトリーチ等を通じた継続的支援事業により本人との関係性の構築に向けて支援をする。
- 相談者の中で、社会との関係性が希薄化しており、参加に向けた支援が必要な人には参加支援事業を利用し、本人のニーズと地域資源の間を調整する。
- このほか、地域づくり事業を通じて住民同士のケア・支え合う関係性を育むほか、他事業と相まって地域における社会的孤立の発生・深刻化の防止を目指す。
- 以上の各事業が相互に重なり合いながら、市町村全体の体制として本人に寄り添い、伴走する支援体制を構築していく。



4 成年後見制度の利用促進

(1) 「成年後見制度」について

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・利益を守る援助者（成年後見人等）を選任することにより、支援する制度となります。

本市では、身寄りのない認知症高齢者等で、成年後見制度を利用する手続きが困難な場合には、市長が後見等の開始の申立てを行い、その申立てに係る費用や後見人報酬に係る費用を助成します。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
市長申し立て件数	10	6	5	10	10	10
助成件数	5	2	1	5	5	5

② 「成年後見制度」の種類

成年後見制度には、任意後見制度と法定後見制度があり、任意後見制度は、判断能力が不十分となった場合に備えて、「誰に」、「どのような支援をしてもらうか」をあらかじめ契約により決めておく制度となります。

法定後見制度は、判断能力が低下した場合に、家庭裁判所が援助者として成年後見人等を選任する制度であり、判断能力の程度など本人の事情に応じて、「後見」、「保佐」、「補助」の3つの類型があります。

なお、本市では、地域福祉権利擁護事業や法人後見業務を行う社会福祉協議会に成年後見支援センター事業を委託することで、成年後見制度の対象とならない、判断能力が低下している方の支援から法人後見までの一貫した相談体制を構築しています。

制度	任意後見制度	地域福祉権利擁護事業	法定後見制度		
			補助	保佐	後見
対象者	自立した高齢者	判断能力が低下している高齢者など	判断能力が不十分 軽度認知症	判断能力が著しく不十分 中等度認知症	ほとんど判断できない 高度認知症
相談先	地域包括支援センター、成年後見支援センター、市高齢介護課				
申立先	公証人役場	社会福祉協議会	家庭裁判所 (申立てできる人) 本人、配偶者、4親等以内の親族等 市長		

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

① 成年後見制度利用促進の中核となる機関の設置・運営

権利擁護支援の地域連携ネットワークを整備し、協議会等を適切に運営していくためには、その中核となる機関が必要となります。中核機関は、様々なケースに対応できる法律・福祉等の専門知識や、地域の専門職等から円滑に協力を得るノウハウ等が蓄積され、地域における連携・対応強化の推進役を担うことが期待されています。

本市では令和２年度から成年後見支援センターを設立し、運営等の業務を宇城市社会福祉協議会に委託しています。宇城市社会福祉協議会は、成年後見制度には該当しない状態ではあるが、判断能力が低下している方への支援なども請け負っていることから、制度の利用促進に係わる一貫したサポートが期待できます。

今後は、成年後見支援センターが中核機関の機能を担うために必要な体制の構築を行っていきます。

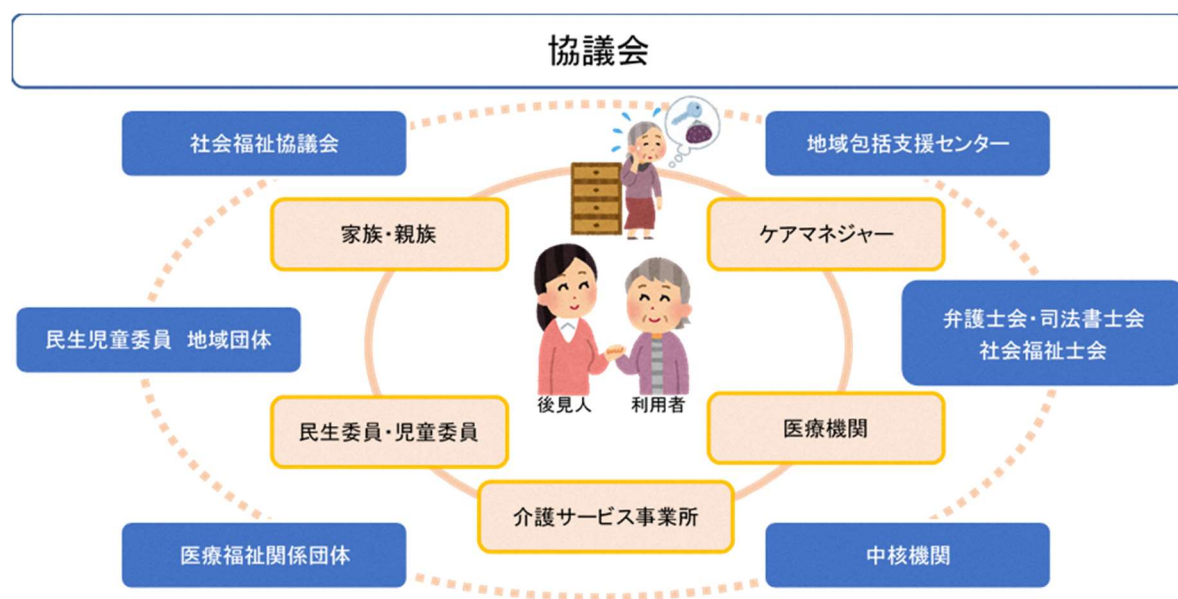
	第８期計画の実績値（Ｒ５年度見込値）			第９期計画の計画値		
	Ｒ３年度	Ｒ４年度	Ｒ５年度	Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度
相談件数(件)	306	404	450	500	500	500

② 利用者と後見人を支えるチームの形成

利用者に身近な親族、福祉・医療、地域等の関係者と後見人がチームとなって日常的に本人を見守り、本人の意思や状況を継続的に把握し必要な対応を行う体制をつくります。

③ 協議会の開催

成年後見等開始前後を問わず、個々のケースに対応する「チーム」に対し、法律・福祉の専門職団体や関係機関が必要な支援を行えるよう、協議会を開催し、各種専門団体や関係機関の協力・連携強化を協議する体制を構築します。



(3) 制度の利用促進に向けたメリットを実感できる制度運用

① 早期発見・早期介入と公的サービスの連携による重層的な支援

本制度の支援が必要な方の把握と早期発見・早期介入に向け、福祉・医療等の関係機関や金融機関を含む地域での連携強化を行います。また、本人の意思を尊重しながら、本人の基本情報・アセスメントや診断書などの情報を参考に、必要な福祉サービスや医療等の日常生活を支える公的サービスの提供を目指します。

同時に、地域福祉権利擁護事業等の関連制度と成年後見制度の連携を強化し、地域福祉権利擁護事業等の対象者のうち、保佐・補助類型の利用や後見類型への転換が必要なケースについては、成年後見制度へのスムーズな移行等を検討します。

② 適切な受任者調整と関係機関の連携による市長申立の推進、利用助成の活用

成年後見制度の利用に際しては、本人の意向の確認とともに必要な支援内容を把握し、本人にとって望ましい後見人が選任されるよう、地域連携ネットワークや中核機関が本人を取り巻く支援状況等を家庭裁判所に的確に伝えることができる体制を構築します。

また、判断能力が不十分で、親族等からの支援が得られない人に対して実施する市長申立について、関係機関と連携を深め適切に制度利用に繋げます。

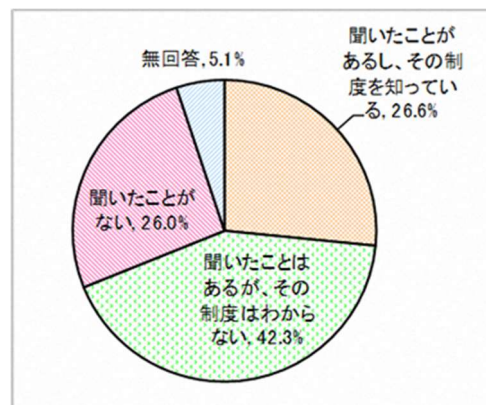
さらに、利用者が後見人への報酬を負担することが困難な場合、成年後見制度利用支援事業の活用を図ります。

（４）成年後見制度の広報・啓発活動の強化

アンケートでは、成年後見制度について、「聞いたことがあるし、その制度を知っている」とした方は4人に1人となっており、まだまだ、市民への成年後見制度の周知が広まっているとは言い難い状況です。

成年後見制度が利用者の生活を守り権利を擁護する重要な手段であり、既存の各団体・機関を活かしてパンフレットの配布や研修会等の開催、各種イベントでの広報・啓発活動を通して、成年後見制度に関する理解を深められるよう広報活動を強化します。

同時に、地域連携ネットワークの関係者や、成年後見制度に関連する福祉関係者等の専門的知識の普及のため、研修会等を開催し、利用者の早期発見や利用者の安心した制度利用に繋がるよう周知を強化します。



（５）利用者本人の意思決定支援及び身上保護の充実

権利擁護に関する相談に際し、本市・地域包括支援センター及び社会福祉協議会が連携して対応するとともに、身上保護が必要な場合には、本人の尊厳を守りながら、本人の意向に基づいた福祉サービスや医療等の公的サービスの提供がなされるよう「チーム」による支援を行います。

（６）後見人等の担い手の確保

法人後見は、公共性、継続性が高く、長期にわたる利用者への支援が可能であり、また関係機関との連絡調整も取りやすいことから、利用者の安心した制度利用に繋がるよう周知を強化します。

さらに、今後の成年後見制度の利用促進を踏まえた需要に対応していくためにも地域住民の自主活動を通じて地域でともに支え合い、共生していく社会の実現に向けて、支援の担い手としての市民後見人の養成講座の開催についても、委託先である宇城市社会福祉協議会と協議しながら実現を目指します。

（７）不正防止の徹底

地域連携ネットワーク及び中核機関の整備により、不正防止対策や後見人を支援する体制を整え、適切な制度利用と後見活動との両面から支援し不正を防止する体制の構築を目指します。

（８）成年後見制度利用促進基本計画に基づく PDCA サイクルの構築

令和3年度に成年後見制度利用促進基本計画を策定し、令和4年度から毎年審議会、協議会を実施しています。今後も策定した計画を基に、利用に繋がる周知や、後見人の育成・支援に向けた取組を進めます。

5 高齢者の虐待防止の推進

現状と課題

今後の高齢化の進展や認知症高齢者の増加に伴い、高齢者虐待の相談・通報件数は増加していくことが懸念されます。高齢者虐待の早期発見・早期対応のため、高齢者虐待に対応する本市及び地域包括支援センター職員の対応力向上が必要です。併せて、虐待防止のため、各種相談業務や介護サービス従事者向けの研修会等を通じて知識の普及と啓発が必要となります。

目指すべき方向性

「高齢者の虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に規定される市町村の役割に基づき、高齢者虐待の発生予防・早期発見のための取組を進めるとともに、関係機関との虐待対応に関する連携体制の構築を推進します。

具体的な取組

（１）高齢者虐待の防止、早期発見

高齢者虐待に関する相談窓口の設置、介護サービス従事者等への虐待に関する知識・理解の普及啓発、通報義務の周知等により、虐待の発生予防、早期発見に向けた取組を進めます。

（２）高齢者虐待への対応

虐待を受けた高齢者や虐待を行う養護者の心的ケアを行い、虐待を受けた高齢者の権利を第一に必要なサービスへ繋がります。必要に応じ介護保険施設等での緊急時の受け入れを行う体制を整備します。

また、法律的な問題解決が必要なケースもあるため、熊本県高齢者・障害者虐待対応専門職チームのアドバイスを受けながら適切な問題解決方法を検討し対応します。

（３）高齢者虐待に関する技術の定着

宇城市高齢者虐待対応マニュアルに基づき、関係機関と連携を取りながら、きめ細やかな対応を行っていきます。また、県が実施する虐待に対する実践的な研修等へ参加し、対応技術の向上に努めます。

第3節 認知症になっても安心して暮らせるまちづくり

1 認知症の理解促進と普及啓発

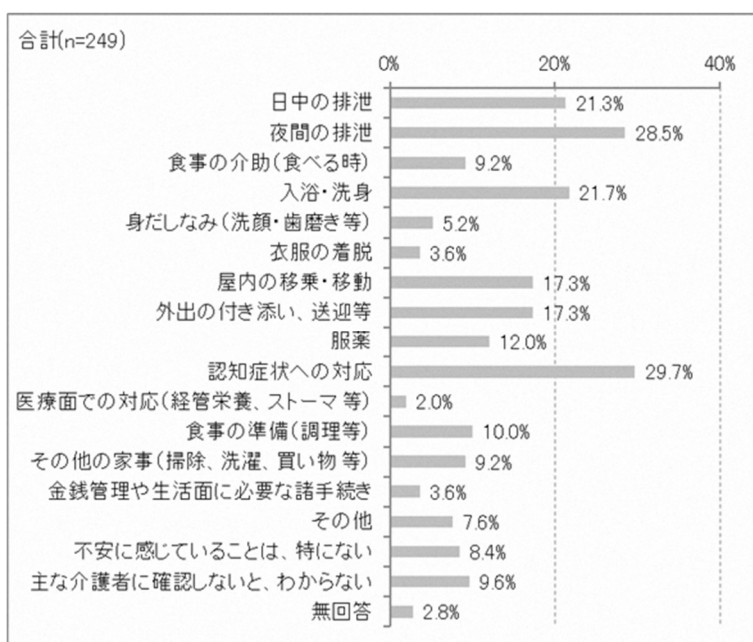
現状と課題

認知症は、誰でも発症する可能性がある身近な脳の病気です。認知症になるということは、その人のすべてがなくなるわけではなく、人としての豊かさや素晴らしさは残ります。本市では、認知症になっても安心して暮らせる取組として、予防と共生の両輪で事業を進めてきました。

令和4年度に実施した在宅介護実態調査では、主な介護者が不安を感じる介護として、「認知症状への対応（29.7%）」が最も不安を感じる介護となっており、認知症は、本人だけでなく、家族介護者にとっても、介護における大きな負担になっています。

今後、団魂の世代が75歳以上となる令和7年、団魂ジュニア世代が65歳となる令和22年には、さらに高齢者は増加傾向となり、それに伴い、本市の認知症高齢者数も増加することが予想されます。

宇城市では、高齢者が地域で認知症予防プログラムに取り組む地域型認知症予防教室を実施できるよう支援に努め、併せて介護予防サポーターの活躍の場を創出していきます。



目指すべき方向性

認知症に関する市民フォーラム等の開催や、地域や教育現場、民間団体の協力を得ながら認知症サポーターを増やし認知症に対する正しい知識と理解をより多くの方に広げていきます。

また、認知症予防のためのプログラムの推進やMCI（軽度認知障害）の初期段階で支援介入ができるよう、早期発見及び早期対応が可能になる相談・支援を強化していきます。

具体的な取組

(1) 認知症予防に向けた普及啓発活動等の推進

認知症に関する正しい知識と理解を広げるため引き続き、認知症サポーター（うきスマイルサポーター）の養成を推進するとともに、養成した認知症サポーターが地域で活動できる仕組みを構築します。また、市民向けの認知症啓発イベントを開催し、広く市民に啓発を行います。

① 認知症サポーター養成講座（★）

認知症に関する正しい知識の普及のために、認知症サポーター養成講座を開催しています。本市人口の20%にあたるサポーター養成数を目指し、受講の参加者増加を図るため、地元企業や小中学校等での周知活動に取り組みます。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
開催箇所数(箇所)	16	16	16	15	15	15
開催回数(回)	16	16	16	15	15	15
★ 延参加者数(人)	829	354	300	300	300	300
★ 延登録者数(人)	8,858	9,212	9,500	9,800	11,100	11,400

② 認知症サポーターステップアップ講座（アクティブサポーター養成）

認知症サポーターや介護予防サポーターを対象に、認知症に対する知識をより多く身に付けてもらうためのステップアップ講座を毎月開催しています。講座での学びを認知症カフェの運営や民生委員の訪問活動等に活かすサポーターを増やし、地域の認知症予防活動・支援活動を推進します。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
開催回数(回)	1	2	1	1	1	1
延参加者数(人)	9	90	30	30	30	30

③ キャラバン・メイトの活動支援事業

認知症サポーター養成講座の講師役として活動できるキャラバン・メイトを育成、活躍できる場を確保し、認知症サポーター養成数を増やします。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
延活動人数(人)	38	23	25	25	25	25
登録者数(人)	56	50	50	50	50	50

④ 認知症市民フォーラム

市民向けの認知症啓発イベントとして「認知症市民フォーラム in うき」を開催し、市民の認知症に対する意識や関心を高めます。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
開催回数(回)	1	1	1	1	1	1
延参加者数(人)	web	web	500	500	500	500

（２）認知症ケアパスの更新・配布

認知症ケアパスとは、「認知症の人の状態に応じたサービス提供の流れ」を示したもので、認知症が疑われる場合や認知症と診断を受けた場合に、どこに相談すればよいか、どのような制度が利用できるかなどの情報をまとめたものです。

本市では、令和4年度にケアパスの改訂を行い、主に医療・介護関係者へ配布しました。また、本人向けケアパスを作成し広く市民に周知できるようホームページに掲載しました。

今後、相談来所者の方への配布をはじめ、認知症フォーラムや地区の出前講座参加者や一部公民館等にも配布することで周知を図ります。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
配布箇所数(枚)	200	480	500	500	500	500

(3) 地域型認知症予防教室 (★)

地域型認知症予防教室は、高齢者が地域で認知症予防プログラムに取り組み、認知症を理解し、介護予防に取り組み、地区の公民館などで脳機能の維持・改善に取り組む住民主体の通いの場です。教室で把握したハイリスクに必要な応じて適切な支援を行い、フォロー体制を構築します。

	第8期計画の実績値 (R5年度見込値)			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
★ 開催箇所数(箇所)	19	31	40	50	55	60
延参加者数(人)	3,545	9,893	10,000	20,000	22,000	25,000
ハイリスク者 個別対応数(人)	0	1	2	1	1	1

(4) 高齢者ドライバー支援

本市では、地域環境の面から自動車が必需品となっています。高齢者の判断能力低下による交通事故を防止するため、民間企業が主催する安全運転教室等で、地域包括支援センターが認知症に関することなどの健康教育の支援を行っています。

また、運転免許の自主返納者対策や、認知機能テストに落ちた方への代替交通手段の提案などの支援も今後必要となります。

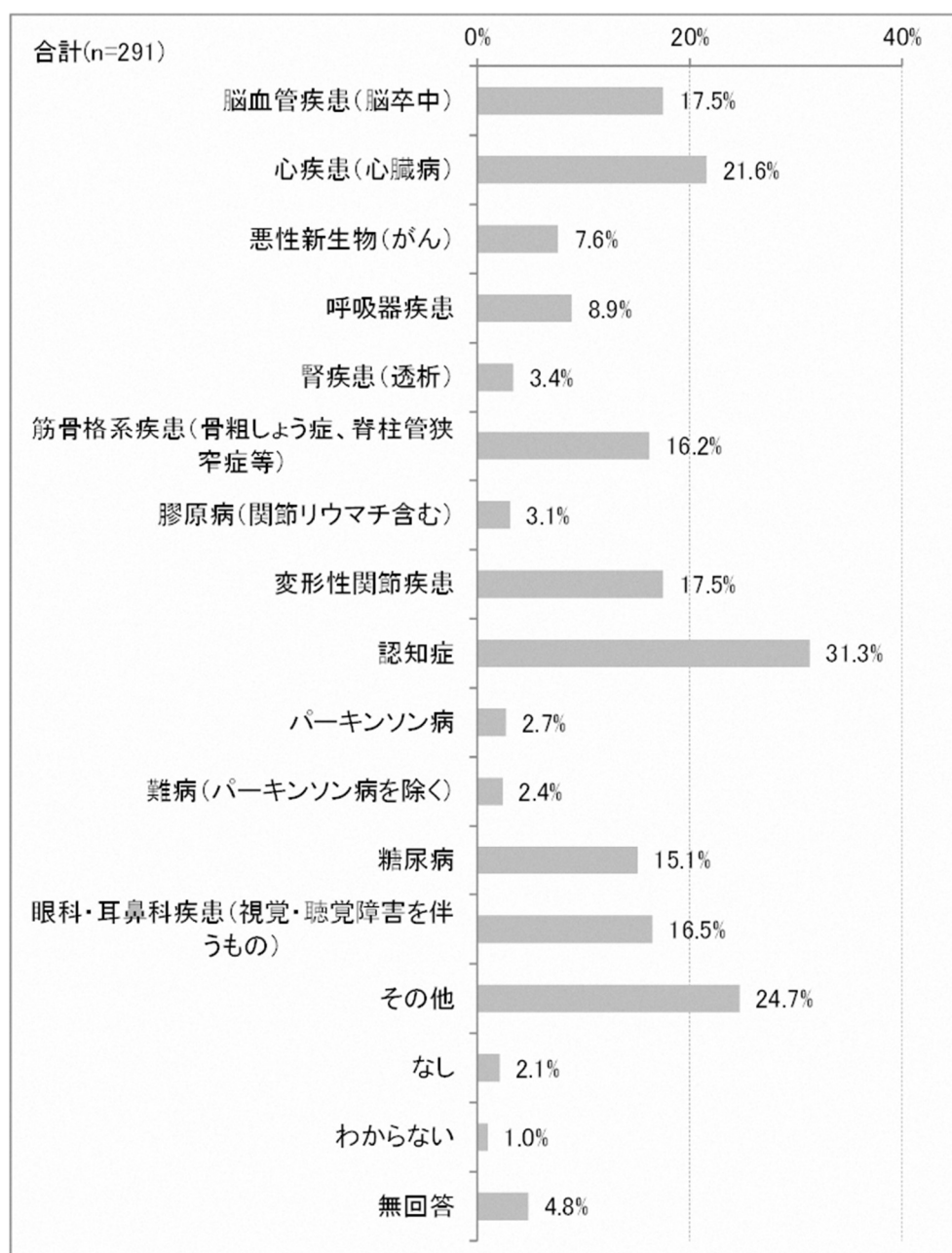
2 認知症の方及び家族に対する支援の充実と社会参加支援

現状と課題

本市の在宅介護実態調査結果では、本人が抱えている傷病は、「認知症（31.3%）」が最も多く、「その他」、「心疾患」、「脳血管疾患」、「変形性関節疾患」、「眼科・耳鼻科疾患」などとなっています。

また、介護者が不安を感じる介護でも、認知症への対応が上位となっているため認知症の対応が重要となっています。

（再掲）



※在宅介護実態調査

目指すべき方向性

調査の結果を参考に、介護者の精神的・身体的負担を軽減するための支援や介護者の生活と介護の両立を支援するために、相談窓口の周知や専門的な対応、高齢者の見守り体制の充実・強化を目指します。

具体的な取組

(1) 認知症相談支援事業（きずなコール）

本市の地域包括支援センターに、24 時間 365 日の相談受付窓口を設置しており、在宅介護者や当事者等がいつでも、認知症や高齢者虐待等の相談をできる体制づくりを行っています。

今後も相談しやすい体制づくりのため、県の「認知症ほっとコール」の利用啓発と併せて、地域包括支援センター及び関係医療機関等の相談窓口の周知を行います。

	第 8 期計画の実績値 (R5 年度見込値)			第 9 期計画の計画値		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
延相談件数(件)	755	271	500	500	500	500

(2) 認知症の方同士の交流促進

認知症の人本人が、自身の希望や必要としていること等を本人同士で語り合う「本人ミーティング」の取組を普及します。

(3) 家族同士の交流機会の場の見直し、内容の検討

現在、本市では認知症高齢者等の家族同士の交流の機会が少ないことから、交流の場の見直し、内容の検討を行います。

(4) 認知症専門医、かかりつけ医との連携強化

本市の地域包括支援センター内に、認知症地域支援推進員を 1 人配置しています。また、認知症地域支援推進員は認知症医療、介護の連携を強化するため、精神科病院のみならず、市内医療機関(かかりつけ医等)、歯科医療機関、調剤薬局、介護保険事業所を訪問しています。

（５）認知症初期集中支援チームの運用・実施

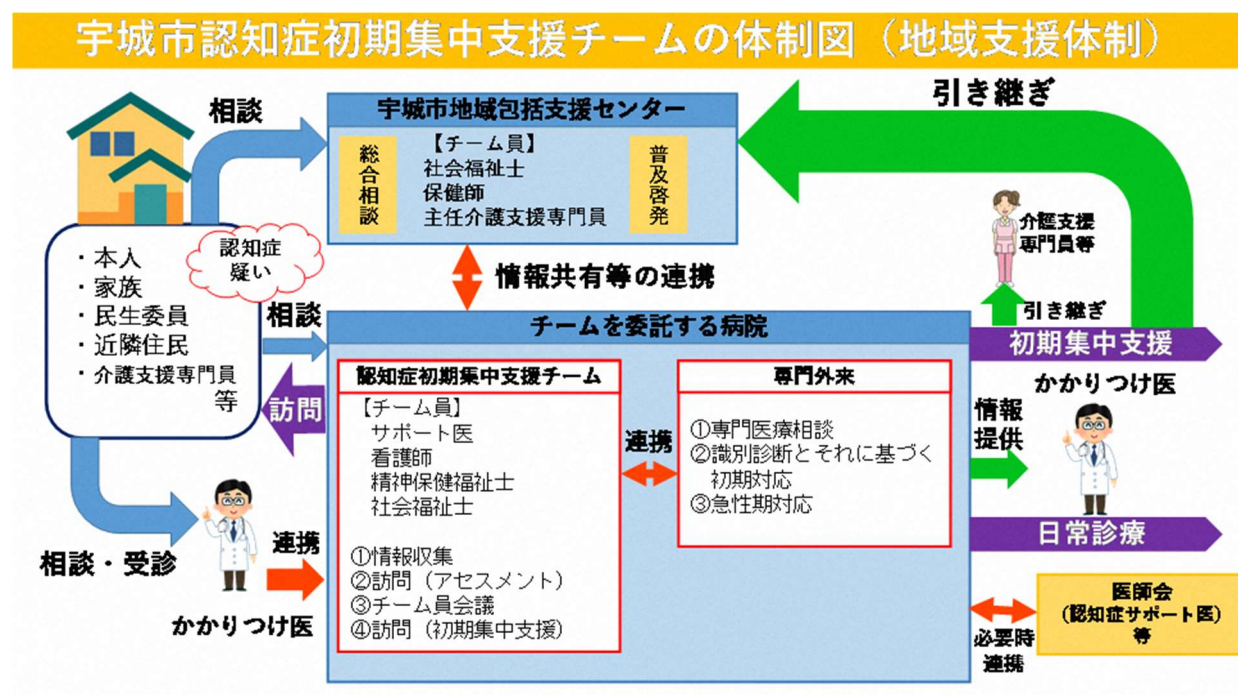
地域包括支援センターにより認知症の早期発見・早期対応を実施していますが、その中で対応困難ケースを早期に解決するため、認知症初期集中支援チームを設置しています。認知症初期集中支援チームによる会議の実施、ケースに応じて医師を含めた専門チームの派遣等を実施していきます。

病院受診の勧奨や適切な介護サービスの利用促進など早期に介入し、解決する件数を増やします。

	第８期計画の実績値（Ｒ５年度見込値）			第９期計画の計画値		
	Ｒ３年度	Ｒ４年度	Ｒ５年度	Ｒ６年度	Ｒ７年度	Ｒ８年度
解決割合（％）	-	-	-	100	100	100

（６）医療関係者の認知症対応力の向上

医療・介護従事者の認知症対応力を向上することで、認知症の方が在宅、入院のいずれにおいても適切な医療・ケア等を受けることができるよう各認知症対応力向上研修等を実施します。



（７）認知症カフェ

認知症カフェは、認知症の人とその家族が住み慣れた地域で安心して過ごすために地域で支える出発点となるもので、地域住民や専門職など誰もが気楽に集うことができる場所となります。また同時に認知症サポーターの活躍の場となっています。

今後は、情報交換会等の開催を検討し、各カフェが円滑に運営できるように支援します。同時に、まだ設置のない地区を中心に新たなカフェの設置を検討します。

拠点名	地区	開催日	開催時間
オレンジ・カフェいこいこ	松橋	第2日曜日	10:00－12:00
カフェ濱まち	松橋	第1・3水曜日	13:00－15:00
カフェ出町	松橋	第4水曜日	13:00－15:00
myカフェ	三角	不定期	10:00－15:00
風の館塩屋	小川	休止中	
ごりょう5区カフェ	不知火	第2土曜日	10:00－12:00
おたがいさまカフェ	豊野	不定期	不定

（８）宇城市高齢者見守りネットワーク事業

現在、本市では、市内精神科病院、介護保険事業所や金融機関、コンビニ、生命保険会社等の協力機関が参加する「宇城市高齢者見守りネットワーク」を構築し地域での見守り活動を行っています。

今後は、認知症サポーター養成講座を受講した一般企業や各事業所へ個別アプローチを行い、「宇城市高齢者見守りネットワーク」の拡充を図り高齢者の見守りを強化します。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
協力団体数(団体)	174	161	200	200	200	200

（９）認知症総合賠償保険制度

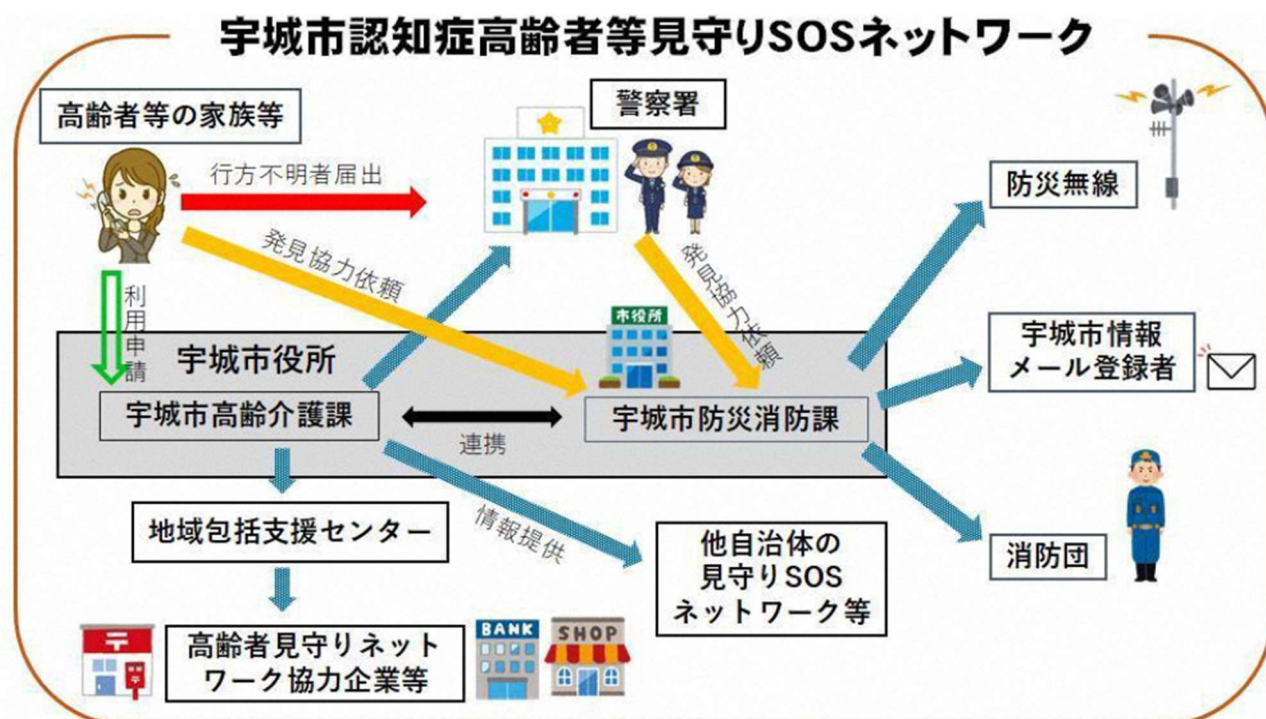
宇城市認知症高齢者等見守り SOS ネットワーク事業登録者が法律上の損害賠償責任を負った場合に、被害者に支払うべき金額を保証するための賠償責任保険の保険料を市が負担します。

（１０）認知症高齢者等の行方不明者の捜索に対する取組

全国で認知症高齢者等による行方不明者が増えていることから、高齢者とその家族の負担を軽減するために、行方不明になる可能性のある高齢者等の把握や、行方不明になった場合に早期発見へ繋がるような取組を推進します。

① 宇城市認知症高齢者等見守りSOSネットワーク事業

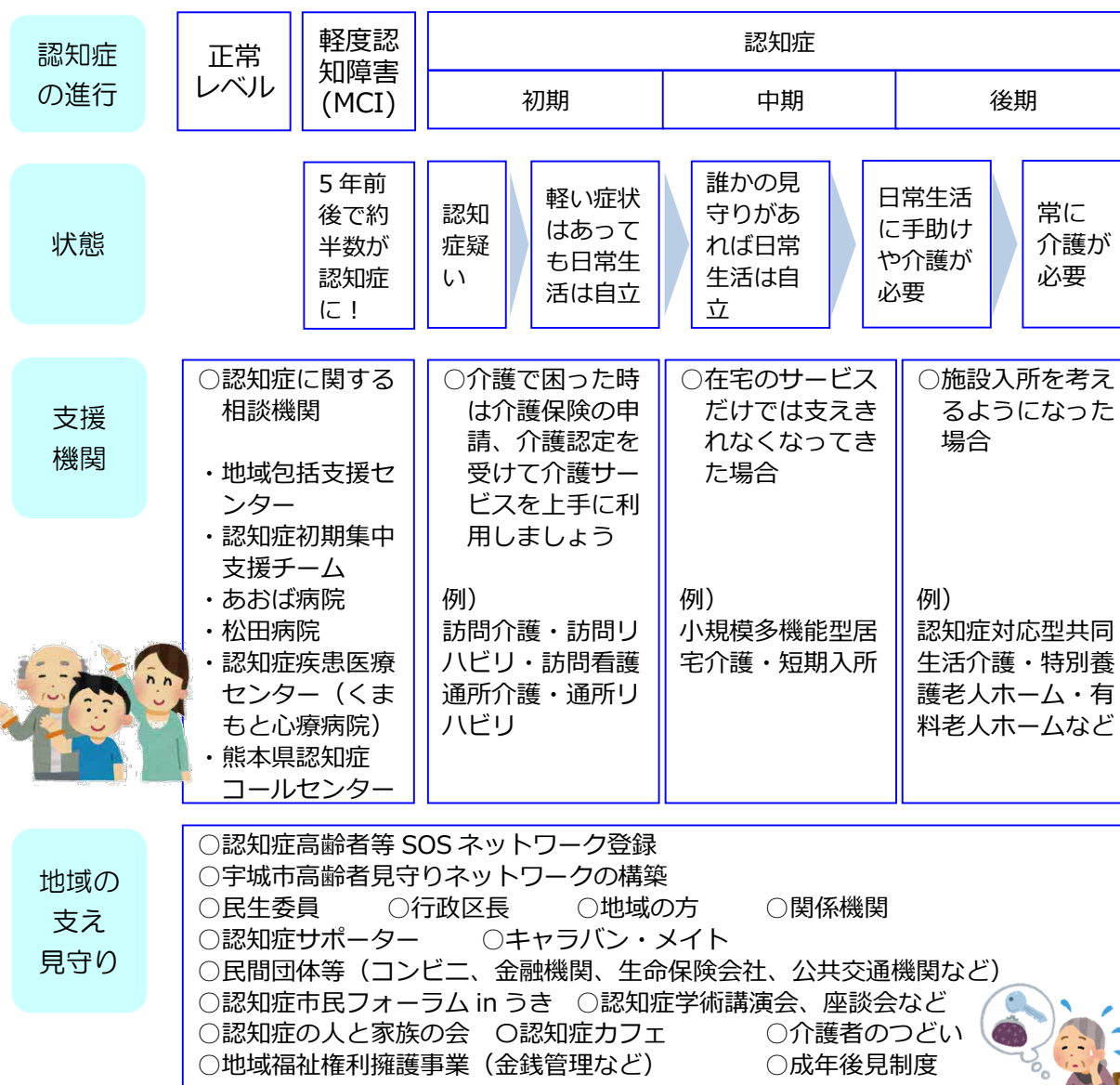
この事業は、「認知症等による行方不明が心配」「発見協力したい」を繋げるネットワークです。事前に申請して登録し、警察署等の関係機関と情報共有することで、見守り体制を強化します。また、行方不明になった場合に事前に情報があることで、警察署等の関係機関に可能な範囲で迅速に発見協力依頼を行い、早期発見・保護に繋がります。



② 認知症による行方不明高齢者への声掛け訓練

本市では、自治会等や企業から依頼があった場合に、訓練等の支援を行っています。

本市における認知症支援の全体像（イメージ）



第4節 在宅医療・介護連携の推進（宇城市在宅医療・介護連携推進計画）

1 在宅医療と介護等との多職種連携体制の構築

現状と課題

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活が続けられるようにするためには、在宅において適切に医療と介護が受けられるような連携した提供体制の基盤整備が必要です。

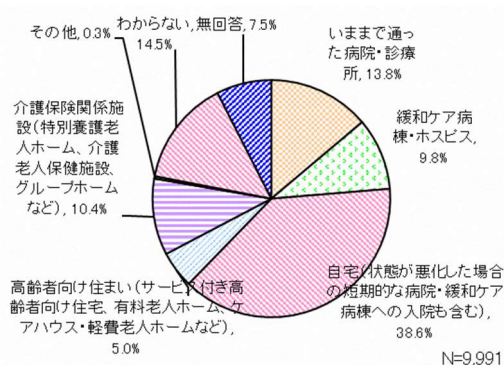
退院後、スムーズに在宅生活を行うためには、医療と介護が連携し切れ目なく移行され、介護サービスを受けることができる体制を整える必要があります。実際に、入退院時の医療機関と介護事業所の連携については、地域連携室がある医療機関の増加、退院に向けての院内カンファレンスへ介護事業所が参加し早期の情報共有がなされる等、医療と介護の連携基盤が整備されてきました。

入退院時の連携が充実される中で、平時における介護事業所とかかりつけ医等との連携ができるようになってきました。

本市の日常生活圏域ニーズ調査において、最期を迎えたい場所は、自宅が（38.6%）に対して、医療機関や介護施設等の合計は（38.0%）となり、ほぼ同程度でした。自宅で最期を迎えたいという方の割合が低い要因の一つとして、「自宅で最期を迎えることができるかどうかかわからない（68.6%）」ことが影響していると考えられます。

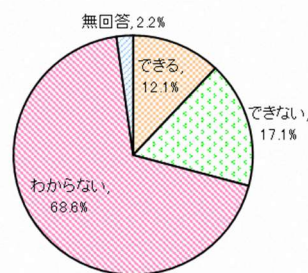
また、介護してくれる家族の有無、家族の負担が、「自宅で最期を迎えること」の可否に影響が大きいことが分かり、同時に「かかりつけ医の存在」、「症状急変時の対応」、「救急医療の体制」といった医療環境にも影響を受けている様子がうかがえました。

最期を迎えたい場所



※日常生活圏域ニーズ調査

自宅で最期を迎えることができるか



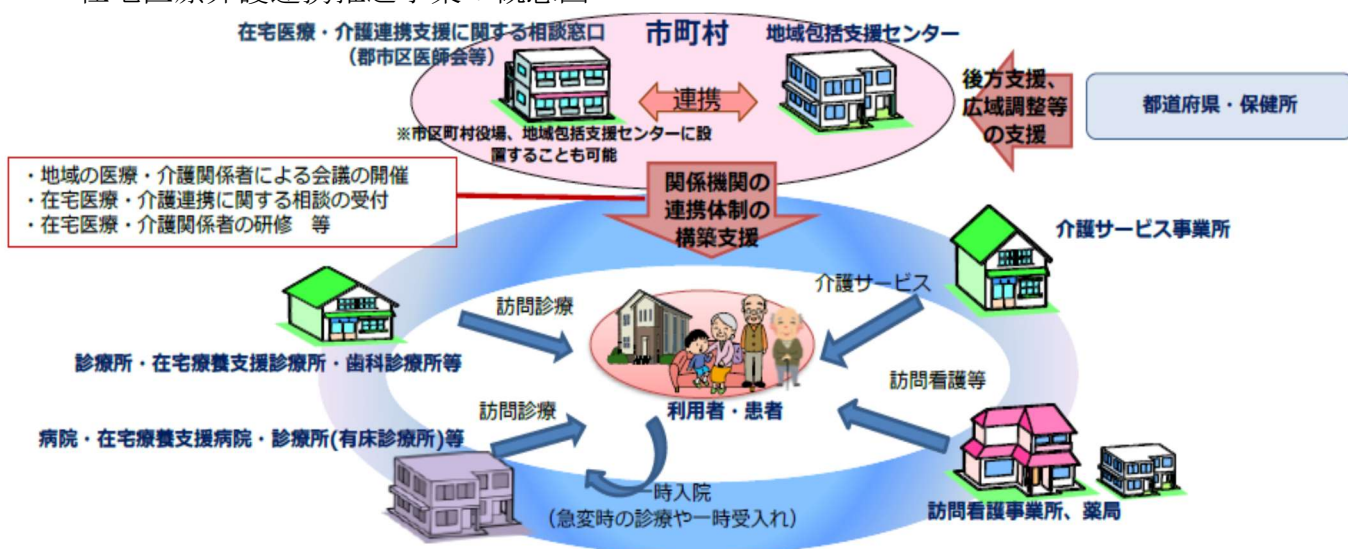
※日常生活圏域ニーズ調査

目指すべき方向性

市内の医療・介護に係わる多職種の連携を強化し、各専門職が互いの業務や専門性や役割を認め、地域の実情に合った在宅医療・介護サービス等の提供体制作りに向けた取組を引き続き、関係機関と協働して推進します。

また、市民に向けて在宅医療・介護連携推進事業等の周知啓発を行うことで、在宅医療・介護連携に関する理解を深めます。

在宅医療介護連携推進事業の概念図



具体的な取組

(1) 現状分析・課題抽出・施策立案

① 情報の活用と課題の把握

毎年、地域の医療・介護資源の把握を行い、冊子にまとめ配布するとともに本市社協のホームページで公開しています。今後もさらに内容の充実を図り、分かりやすい細やかな情報を提供していきます。

また、地域ケア会議、アンケート調査、各地域支援事情等から情報把握、課題抽出し、多職種参加の在宅医療・介護連携推進事業会議（年3回実施）で課題について検討し取組に反映しています。

(2) 対応策の実施

① 在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療・介護連携についての相談窓口を、宇城市地域包括支援センターに設置し、在宅介護連携推進員を1名配置しています。24時間365日相談対応が可能な体制の強化を図っていきます。

また、医療機関・介護事業所、地域住民への相談窓口の周知を行います。

② 地域住民への普及啓発

地域住民が在宅医療や介護について理解し、在宅での療養が必要になったときに、必要なサービスを適切に選択できるよう、パンフレット作成や講演会等の開催を行います。

また、人生の最終段階における在り方などについて住民自らが意識し、さらに意思決定について医療・介護関係者と情報共有する意識が根付くように、住民へ「人生会議」の啓発を行っていきます。今後は新型コロナウイルス感染症の影響で開催出来ていなかった地域でのミニ講話や広報紙、ホームページ等を有効に活用し、広報活動を強化していきます。

③ 医療・介護関係者の情報共有の支援

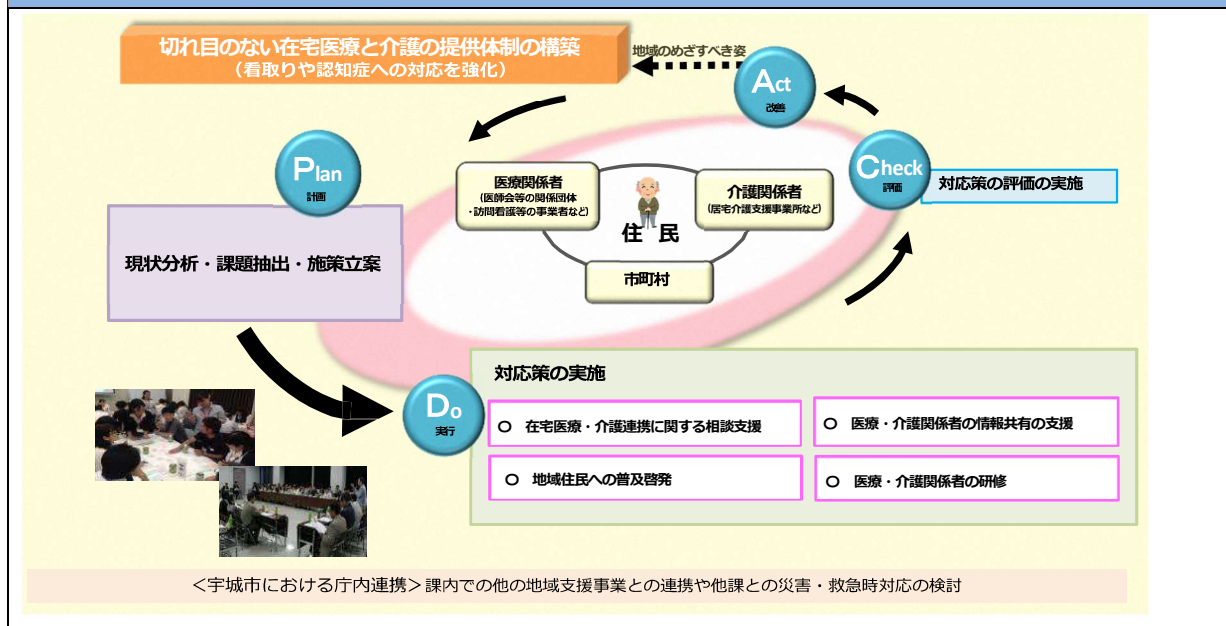
医療機関（歯・薬含む）、介護保険事業所、ケアマネジャーとの連携を円滑にし「顔の見える関係」を構築することを目的として、「宇城市医療と介護の連携マニュアル」を作成し各事業所に配布し、連携の促進を図っています。

また、「くまもとメディカルネットワーク」を活用もしていますが、利用者が少なく十分には活用できていない現状があります。利用が広がるよう周知し、医療・介護関係者の情報共有が行えるよう、支援を行います。

④ 医療・介護関係者の研修

多職種を対象とした研修会を開催し、多職種間の相互理解や連携体制について検討するとともに患者や家族の生活を支える視点を共有していきます。

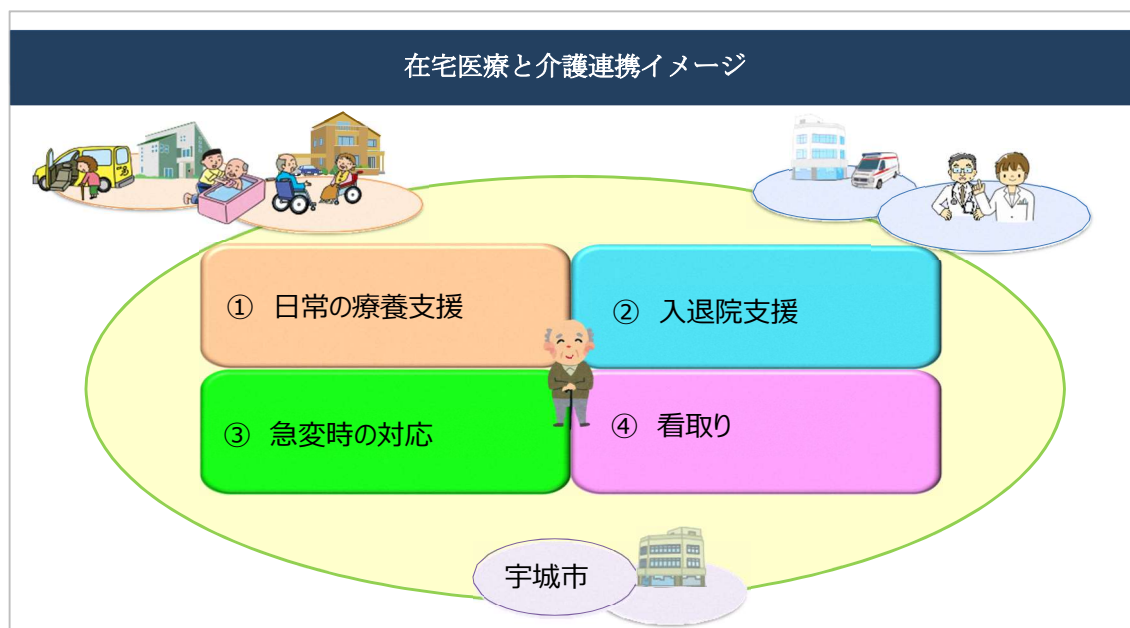
宇城市在宅医療・介護連携推進事業の目指す姿



(3) 4つの場面を意識したPDCAサイクルの構築

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者等が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けていくためには、各地域に合わせた医療と介護をはじめとした多職種の連携が必要であり、包括的かつ継続的な在宅医療と介護の協働した連携が重要です。

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を推進するために、在宅療養者の生活の場面（①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取り）ごとに、PDCAサイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業に取り組みます。



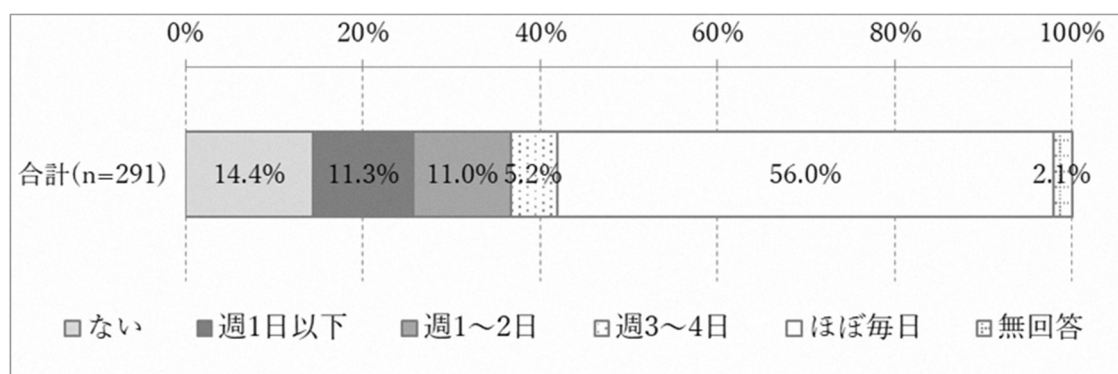
	第8期計画の実績値 (R5年度見込値)			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
在宅医療介護に関する相談件数(件)	4,756	3,965	4,000	4,240	4,400	4,600
人生会議の周知度(%)	-	-	-	15.0	20.0	27.4
メディカルネットワークの宇城圏域登録者数(人)	2,073	2,551	3,500	4,000	5,000	5,000
医療・介護関係者の研修会に対する医療系専門職の参加割合(%)	13.0	32.5	30.0	32.0	34.0	36.0
在宅医療サポートセンターの相談件数(件)	6	9	10	12	14	16

第5節 多様な住まい等の整備と防災・災害対策等の推進

1 地域の実情に応じたサービス基盤の整備と活用

現状と課題

高齢者を対象に住み慣れた地域で暮らすために多様な在宅サービスを提供し、高齢者の在宅生活の継続を支援するとともに、介護を行う家族への支援が重要となっています。在宅介護実態調査において、家族等による介護の頻度は、週1～2回以上の家族による介護は合計で約7割、そのうちほぼ毎日が6割弱となっています。



※在宅介護実態調査

目指すべき方向性

在宅で生活する高齢者だけでなく、介護を行う家族への支援が重要となっていることから、介護に必要な用品の購入にかかる費用を助成することや、介護サービスを利用せずに在宅で高齢者を介護している家族に対する手当を支給すること、さらには、一人暮らしの高齢者等の緊急時の対応を可能とするために、必要な機器等を設置することなどにより、在宅生活の継続を支援します。

具体的な取組

（１）介護用品購入助成事業

要介護３以上の常時おむつを必要としている高齢者（収入要件あり）を在宅で介護している家族を対象に、月額 2,500 円の紙おむつ、尿取りパットの介護用品購入助成を行っています。介護者の経済的負担の軽減、在宅介護の支援を図ります。広報紙を利用して、制度の周知を図り、制度利用に繋げていきます。

	第 8 期計画の実績値（R5 年度見込値）			第 9 期計画の計画値		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
利用者数(人)	414	390	380	380	380	380

※R3 年度から国の制度変更により対象条件を一部変更

（２）宇城市介護自立支援事業

介護サービスの利用が年間 10 日以内で、入院期間が合わせて 90 日以内の要介護３以上の高齢者等を在宅で介護している家族に対し、介護者手当として年 10 万円を支給しています。介護者の経済的負担の軽減、介護慰労、在宅介護の支援を図っています。

	第 8 期計画の実績値（R5 年度見込値）			第 9 期計画の計画値		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
利用者数(人)	6	6	5	5	5	5

（３）安心相談確保事業

事業に該当する一人暮らしの高齢者等を対象に、緊急通報装置を利用することで、日常生活に関する相談対応や急病・災害等の緊急時に迅速かつ適切な対応を行います。

	第 8 期計画の実績値（R5 年度見込値）			第 9 期計画の計画値		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度	R6 年度	R7 年度	R8 年度
利用世帯数(世帯)	35	30	33	35	40	45

2 良質な高齢者向け住まいの確保

現状と課題

「在宅」と「施設」の中間的な高齢者向け住まいとして、バリアフリー構造や安否確認等のサービスを備えた高齢者住宅等の整備が進められていますが、今後一人暮らし高齢者世帯や高齢者のみ夫婦世帯の増加が見込まれる中、住み慣れた地域で安心して暮らす地域包括ケアシステムを実現する上で、その重要性は増しています。

目指すべき方向性

高齢者が住み慣れた地域で住みやすい環境での在宅生活をできる限り継続できるよう、各種制度の利用を推進します。また、市営住宅では単身高齢者世帯の入居や収入緩和の取り扱いが行われており、高齢者にやさしい住まいの確保について取り組みます。また、高齢者の身体状況や生活環境、家族状況に応じた情報提供を行います。

具体的な取組

（１）高齢者の住環境の整備（在宅要介護高齢者等住宅改造助成）

在宅の要介護高齢者の方がいる世帯に対し、住宅改造に必要な経費を助成し、要介護高齢者の自宅での自立を促し、寝たきり防止および介護者の負担軽減を図ります。（助成対象要件あり）

この事業の助成対象となる経費は、玄関、廊下、階段、居室、浴室、便所、洗面所、台所等在宅の要介護高齢者等が利用する部分であって、在宅の要介護高齢者の住まいの改造に要する経費を助成していますが、県の事業であり、助成額の変更などがあることから、今後も県と連携して実施していきます。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用者数(世帯)	1	0	1	2	2	2

（２）バリアフリー化の推進

バリアフリーのまちづくりを推進するため、関係各課の連携により、市役所などの公共施設や公園・道路などの公共的な空間のバリアフリー推進への理解協力を求めていきます。高齢者の自宅のバリアフリー化を支援するため、住宅改修・改造事業の拡充と、公共住宅のバリアフリー化を推進します。

（３）高齢者向け住まいに関する情報提供の充実

高齢者やその家族等が心身の状態に応じて、適切に有料老人ホーム等の高齢者向けの住まいを選択できるよう、情報提供を行います。

3 防災と災害時の支援体制の拡充

現状と課題

本市では、平成 28 年に発生した熊本地震を受け、庁内関係課や事業所と連携し、すべての市民が安心して暮らし続けることができるまちづくりを目指した防災に努めてきました。

また、防災拠点センターを建設し、いざという時のための拠点型避難所として、活用していきます。さらに、南海トラフ地震が起きた場合には、本市でも震度 6 の揺れが観測される恐れがあり、今後も起こりうる災害に対し、日常からの訓練等を通じた住民に対する周知等が求められています。

災害等が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できるよう、全ての介護サービス事業所を対象に、業務継続計画の策定などが義務付けられています。

目指すべき方向性

個人情報保護の観点から、必要な情報を共有するための運用方法等について、検討を行うとともに自治会等と連携し、本制度の重要性の周知徹底を図り、個人の避難支援者にとどまらず、自主防災組織等の団体での登録を推奨していきます。

また、介護サービス事業所で作成された業務継続計画を、非常時に早期の業務再開を図るために必要な研修等の情報提供や見直しについての指導・助言を行っていきます。

具体的な取組

(1) 要配慮者への対応

① 避難行動要支援者名簿の作成

本市では、生活の基盤が自宅にある方のうち、要介護認定（要支援 1～要介護 5）を受けている人、障がい手帳所持者以外で市長が支援の必要性を認めた人について、要配慮者の安全確保と安否確認のための名簿を作成しています。

名簿を作成するにあたり、関係部局で把握している情報を集約し、定期的に更新を行うことで名簿情報を最新の状態に保ち、災害時には、避難支援関係者との情報共有を行い、迅速な対応を目指します。

② 要配慮者への安全確保と安否確認

本市では、災害が発生又は発生する恐れがある場合、避難行動要支援者名簿をもとに、行政区長、民生委員、消防署、警察署、消防団、社会福祉協議会等に協力を要請し、安否確認及び避難支援等を実施します。

③ 福祉避難所等の確保

災害発生時に高齢者や障がい者等、避難所での生活において特別な配慮が必要な方に対し適切な対応を行うため、老人福祉施設等と協定を締結し、福祉避難所を指定しています。

(2) 防災拠点センターの活用

① 防災拠点センターの災害発生時の機能

防災拠点センターは、市民の防災に関する知識の向上と防災意識の啓発を図ることを目的としていますが、平常時については、防災学習や防災訓練、地域社会活動や教育・福祉事業の活動の場として活用していきます。

災害発生時には、拠点避難所となり、市内6箇所に整備された全てのセンターにおいて、非常用電源設備や防災井戸などが整備されており、市民の安心安全を守る拠点として活用していきます。

(再掲)

拠点名	町
松橋東防災拠点センター	松橋
松橋西防災拠点センター	松橋
小川防災拠点センター	小川
不知火防災拠点センター	不知火
三角防災拠点センター	三角
豊野防災拠点センター	豊野

② 防災備蓄倉庫

各防災拠点センターに1つ設置されており、(松橋のみ市役所に集約) 災害に備えて食糧や、飲料水、毛布や発電機などの防災器具を備蓄する防災備蓄倉庫も整備され、災害時における市民の支援活動に備えます。

(3) 介護サービス事業所への対応

① 業務継続計画の実動に向けた支援

非常時に早期の業務再開を図るために必要な研修等の情報提供や見直しについての指導・助言を行っていきます。

4 感染症対策の推進

(1) 感染症対策の推進

本市では、国・県・周辺市町村と協力してウイルス感染拡大防止に向けての取組を行っています。感染症においては、日々新たな知見が更新されるため、国・県等が発表する情報を注視しながら、新たな取組を実施していきます。

① 感染症対策の周知啓発

本市では、市民に向けたウイルス感染症対策の周知として、広報誌に掲載するほか、ホームページで公開し、今後も国・県と協力して周知・啓発を行っています。

② 感染症に係る相談窓口

本市では、ウイルス感染症に係る相談を受け付けています。感染症で仕事・住宅・健康などに不安を感じている市民の心のケアに努めています。

③ 感染症の対策をした避難所について

感染症対策として、災害等で避難を行う場合の対策について感染症対策避難所運営マニュアルを策定しています。避難者の感染予防に努めるとともに、必要に応じ医療機関等との連携を図ります。

④ 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

有事の際にあらかじめ備えるべき感染症に対応するマスク、防護服、消毒液等の衛生用品やパーティション等を確保し備蓄しています。

5 交通安全・防犯対策等の推進

(1) 交通安全に向けた取組の推進

本市では、交通安全に向けた取組の推進として、①交通事故を起こさない、②交通事故にあわないことを目指し、季節ごとの交通安全運動、人の波作戦、街頭指導などの事業や、市道のガードレールやカーブミラー等の安全施設の整備を行ってきました。

今後も交通安全教室の開催やシルバードライバースクール等を通し、より多くの高齢者に交通安全に努めてもらえるよう、取組の拡充及び周知を図っていきます。

	第8期計画の実績値 (R5年度見込値)			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
教室開催数(回)	71	67	120	130	130	130
参加者数(人)	3,643	3,270	6,000	7,000	7,000	7,000

(2) 防犯対策に向けた取り組みの充実

高齢者が被害者となる犯罪としては、悪質商法による未公開株や社債等の取引を持ちかける事案や、住宅リフォームや消火器等の訪問販売、高齢者を狙ったひったくりなどがあります。

高齢者が被害者となる振り込め詐欺や悪質商法等の犯罪は依然として多く、引き続き、防犯指導・注意喚起の推進を、警察を始めとする関係機関・団体等と連携して継続するとともに、家族や地域住民による防犯パトロール等の活動を継続し、安心安全なまちづくりを推進します。

(3) 消費者被害防止施策の推進

市民の消費契約のトラブルに関する相談対応や、被害の未然防止の啓発を目的として、本市では「宇城市消費生活センター」を設置しています。近年では被害の内容も多様化しており、センターでは被害の拡大防止、解決のためあっせん交渉や助言を行っています。

また行政区等からの要請で、特に高齢者をターゲットとして出前講座を実施し、相談事例や対処法を伝えています。

今後も地域包括支援センターや行政区、福祉施設、警察等の関係機関と連携し、被害の解決・未然防止に向けて取り組んでいきます。

	第8期計画の実績値 (R5年度見込値)			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
相談件数(件)	360	389	400	420	430	440
相談員数(人)	2	2	2	2	2	2

第6節 介護人材の確保とサービスの質の向上

1 介護給付の適正化に向けた取組の推進（宇城市介護給付適正化計画）

現状と課題

本市では宇城市介護給付費等費用適正化事業実施要綱に基づき国の指針に掲げる主要5事業である「要介護認定の適正化」「ケアプランの点検」「住宅改修等の点検」「医療情報突合・縦覧点検」「介護給付費通知」に取り組んできましたが、効果的・効率的に事業を実施するため、主要とする3つの事業に集約し、事業の取組状況について、実施結果の公表を行うなど、「見える化」を図る必要があります。

目指すべき方向性

本市では、給付適正化事業を職員による対応と委託による対応で実施しました。今後団塊の世代がすべて75歳以上となる令和7年を見据え、介護給付を必要とする受給者を適正に認定した上で、受給者が真に必要な過不足のないサービスを事業者が適切に提供することを促すことが大切です。

介護給付適正化の取組の重要性はさらに高まるものと考えられることから、これまでの実施状況等を踏まえ、より効果的・効果的な取り組みを継続していくこととします。

具体的な取組

（1）要介護認定の適正化（★）

要介護認定の申請書提出の段階で、申請者の心身の状況を丁寧に聞き取り、サービスの利用有無や内容を確認します。

また、認定調査員が行う認定調査の内容について、適切かつ公平な要介護認定の確保を図ることを目的として、e-ラーニングの活用と県が主催する研修会等に参加し、認定調査の平準化を図ります。なお、厚生労働省が実施する要介護認定適正化事業の中で提供された本市の認定業務分析データの結果を用いて、全国平均や県平均などと比較し認定調査の偏りがなかなど確認を行います。

なお、居宅介護支援事業者やケアマネジャー等に委託して行った要介護認定の更新・変更に係る認定調査について、保険者が書面等の審査により調査内容の点検を行います。

	第8期計画の実績値 (R5年度見込値)			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
★ e-ラーニングシステムの登録と活用率(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
★ 認定調査員の研修の実施(回)	5	6	6	6	6	6
認定調査状況のチェック率(%)	-	-	-	100.0	100.0	100.0

(2) ケアプラン等の点検(★)

① ケアプラン点検

介護支援専門員が作成したケアプラン（居宅サービス計画書等）の記載内容について、事業所に資料提出を求め、内容の確認を行い、疑義があれば、その度合いに応じて、プラン作成を行った介護支援専門員や事業所の管理者に電話だけでなく、面談を実施しています。

また、高齢者向け住まい等における入居者のニーズを超えた過剰なサービスを位置づけているプランがないかどうか、入居者の自立支援や重度化防止等に繋がっているのかの観点からの点検・検証を行い、利用者が必要とするサービスを確保するとともに、その状態に適合していないサービス提供を改善します。

さらに、国保連合会の適正化システムにより出力される給付実績の帳票のうち、効果が高いと見込まれる帳票を活用し、受給者の自立支援に資する適切なプランとなっているかという観点で点検を行っていきます。

地域ケア会議等を活用した多職種の視点からのケアプラン点検を行い、ケアプラン点検で出てきた指摘等については、集団指導等を通じて、全体へ周知を図るなどケアマネジメント支援を行います。

ただし、ケアプラン点検業務は、高いスキルと知識経験を有する業務となっていることから、従事可能な人材育成が必要となっています。

	第8期計画の実績値 (R5年度見込値)			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
★ ケアプラン点検数	2,942	2,603	3,000	3,000	3,000	3,000
ケアプラン点検数に対する高齢者向け住まい等入居者のプラン点検率(%)	15.0	18.8	18.5	17.0	17.0	17.0
地域ケア会議等を活用した多職種によるケアプラン点検数	37	25	25	25	25	25

②住宅改修の点検等

住宅改修をする際、一般的にその改修費用が高額となる場合が多いこと、一度施工すると原状回復が困難であることから、施工前に改修工事を行おうとする利用者宅の実態確認や工事見積書の点検を行い、利用者の状態にそぐわない不適切または不要な住宅改修を排除・是正することで適正化を図ります。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
施行前点検率(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

③福祉用具購入・貸与調査

高額な福祉用具を購入しようとする際は、事前に本市の承認を得ることとし、軽度者（要支援1・2、要介護1）の福祉用具貸与があった際は、その必要性や利用状況等について点検することにより、不適切または不要な福祉用具購入・貸与を排除し、利用者等の身体の状態に応じて必要な福祉用具の利用を勧めます。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
軽度者の福祉用具貸与点検率(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

（3）医療情報突合・縦覧点検（★）

国保連合会の介護給付適正化システムを活用し、点検を行っています。医療情報突合では、利用者の後期高齢者医療や国民健康保険の入院情報と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行い、医療と介護の重複請求の排除等を図ります。縦覧点検では、複数月にまたがる介護報酬の支払状況を確認し、提供されたサービスの整合性・算定回数・算定日数等の点検を行い、請求内容の誤り等を早期発見し、適切な処置を行います。請求状況に疑義がある場合は、事業者を確認し、必要に応じて過誤修正・返還を依頼します。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
★ 医療情報突合の実施	全月点検	全月点検	全月点検	全月点検	全月点検	全月点検
★ 縦覧点検の実施	全月点検	全月点検	全月点検	全月点検	全月点検	全月点検

2 指導・監査の充実

現状と課題

介護サービス事業者の制度管理および保険給付の適正化と、より良いケアの実現に繋げることを目的として、市内の介護事業所に対して、適正な事業運営（ケアマネジメントやコンプライアンスに則った業務）が行われているか確認するため、運営指導等を行います。

目指すべき方向性

本市では、利用者の自立支援に向けた適切で尊厳ある生活支援の実現に向けたサービスの質の確保・向上が図られることを目指し、全事業所に対し、3年に1度の指導・監査を実施するとともに、必要に応じ改善状況を確認します。

具体的な取組

（１）介護サービス事業所等への指導・監査

介護保険法の理解促進及び不適切な運営や介護報酬の不正請求の防止等を図るため、運営指導等を行っています。

第8期期間中は新型コロナウイルス感染症の影響により、運営指導が計画通りに実施できず、集団指導もホームページに掲載した資料を事業所ごとに確認する等、非対面での実施となりましたが、今後は感染対策をしながら全事業所に対して適切な指導ができるよう実施していきます。

同時に、事業所の利用者に対してもヒアリングや相談対応を行い、疑問や不安の解消に努めており、今後も継続して支援していきます。

	第8期計画の実績値（R5年度見込値）			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
集団指導件数(件)	1	1	1	1	1	1
運営指導件数(件)	0※	10	24	20	20	20
監査件数(件)	0	1	2	0	0	0

※新型コロナウイルス感染症予防のため

（２）介護サービスの質の向上に向けた研修等

居宅介護支援事業所を対象に、国が活用を促している課題整理総括表の作成に関連した研修に取り組んでいます。

また、ケアプラン点検における疑義照会のあるものについて、国保連の面談に同席するなど、ケアプラン点検とは何か改めて考える機会を提供しています。なお、令和6年度以降も、疑義があるものについては面談を継続して行います。

3 介護人材の確保

現状と課題

高齢者保健福祉の推進にあたって、関連事業に携わる専門職員の確保が必要であり、保健師や管理栄養士に加え、健康運動指導士や理学、作業療法士などの新しい分野の人材活用が必要となっています。

また、高齢社会の進行に伴い、一人暮らしの高齢者や高齢者のみ世帯が増加しており、高齢者が住み慣れた地域で生き生きと、自立した生活を続けるためには、地域ぐるみで高齢者の支援体制を構築していくことが必要不可欠です。そのため、介護保険や保健福祉サービスに係る専門職だけでなく、医療分野の専門職との連携を図るとともに、地域住民への意識啓発やボランティアの育成を行い、様々な人材を有効に活用した計画の推進に取り組んできました。

目指すべき方向性

専門職が介護するだけでなく、介護が必要な高齢者を地域全体で支える互助の体制が求められています。今後も、意識啓発やボランティアの育成を行い、地域で見守る支援体制のための人材育成に取り組んでいきます。

同時に、豊かな人間性、自ら学び、自ら考える力などの生きる力の基盤、子どもの成長の糧としての役割が期待されていることから、中学校・高等学校における体験学習の場の提供を支援します。介護現場を知る機会や各公民館等で実施しているサロンや介護予防事業等の場を通じて、高齢者が自分たちの住むまちで共に暮らしていくための方策について考える機会を創出します。

(1) ひとり親家庭高等職業訓練促進給付金等支給事業

ひとり親家庭の母または父が就職に有利な資格取得のため、養成機関で修業する場合に、修業期間中の生活費の負担軽減のために、受講期間の一定期間に「高等職業訓練促進給付金」、修了後に「修了支援給付金」を支給します。

本事業を活用して、看護師(准看護師含む)、介護福祉士、理学療法士、作業療法士など医療介護の専門資格を取得することができることから、関係課と連携して周知啓発を行っていきます。

	第8期計画の実績値 (R5年度見込値)			第9期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
利用者数(人)	7	2	3	5	5	5

第2章 介護保険事業量の推計

第1節 認定者等の推移と予測

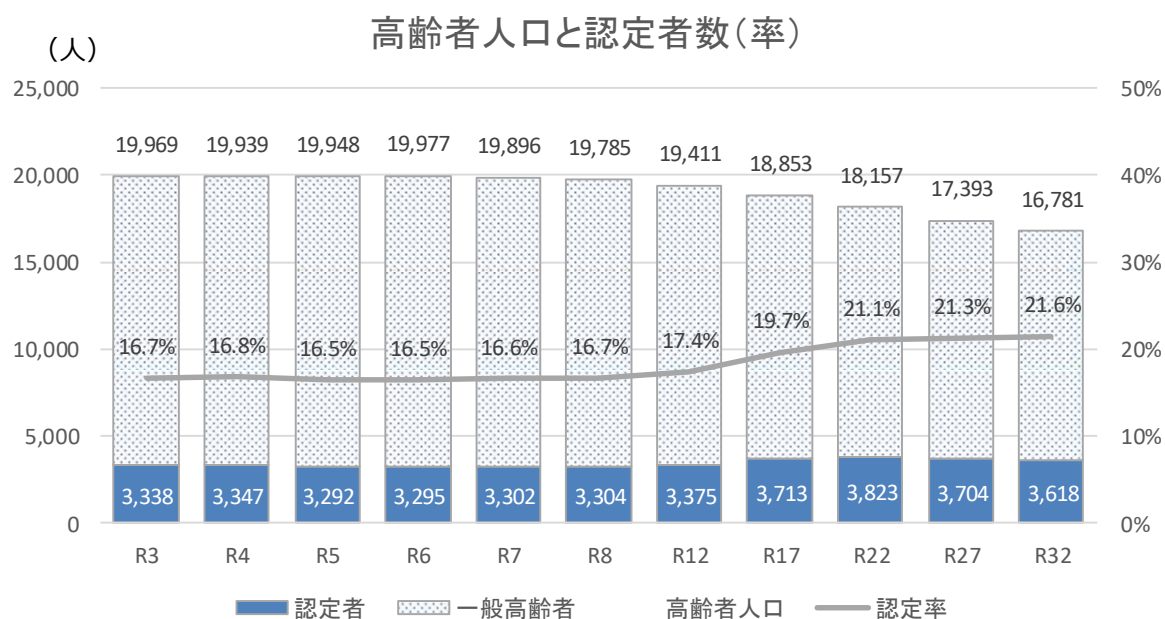
1 高齢者人口と認定者数・認定率の推移と予測

高齢者人口は、令和3年度に19,969人となっていました。令和5年度は19,948人（21人の減少）となっています。

今後の予測は、令和7年度に19,896人となり、令和5年度と比較して52人の減少となります。さらに、令和12年度には19,411人、令和22年度には、18,157人と予測されます。

認定率は、令和3年度に16.7%となっていました。令和5年度は16.5%（0.2ポイントの減少）となっています。

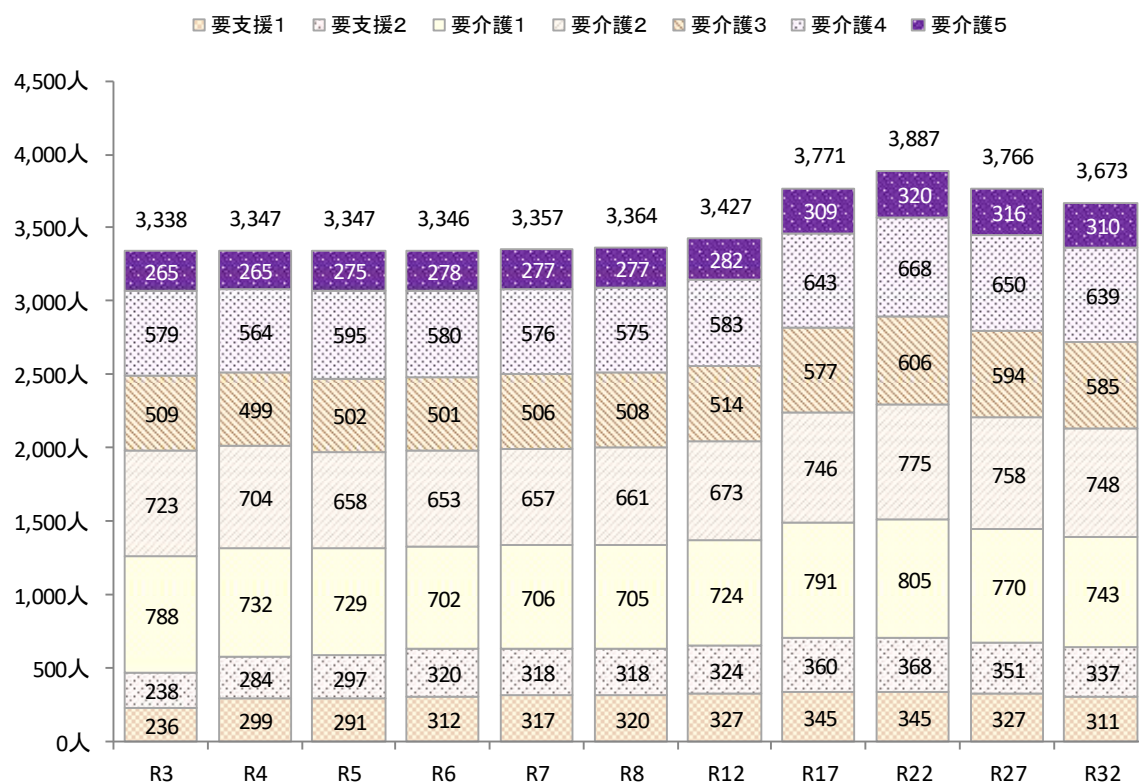
今後の予測は、令和7年度に16.6%となり、令和5年度と比較して0.1ポイントの増加となります。さらに、令和12年度には17.4%、令和22年度には、21.1%と予測されます。



2 介護度別認定者数の推移と予測

認定者は、令和3年度に3,338人となっていました。令和5年度は3,347人（9人の増加）となっています。

今後の予測は、令和7年度に3,357人となり、令和5年度と比較して10人の増加となります。さらに、令和12年度には3,427人、令和22年度には、3,887人となると予測されます。



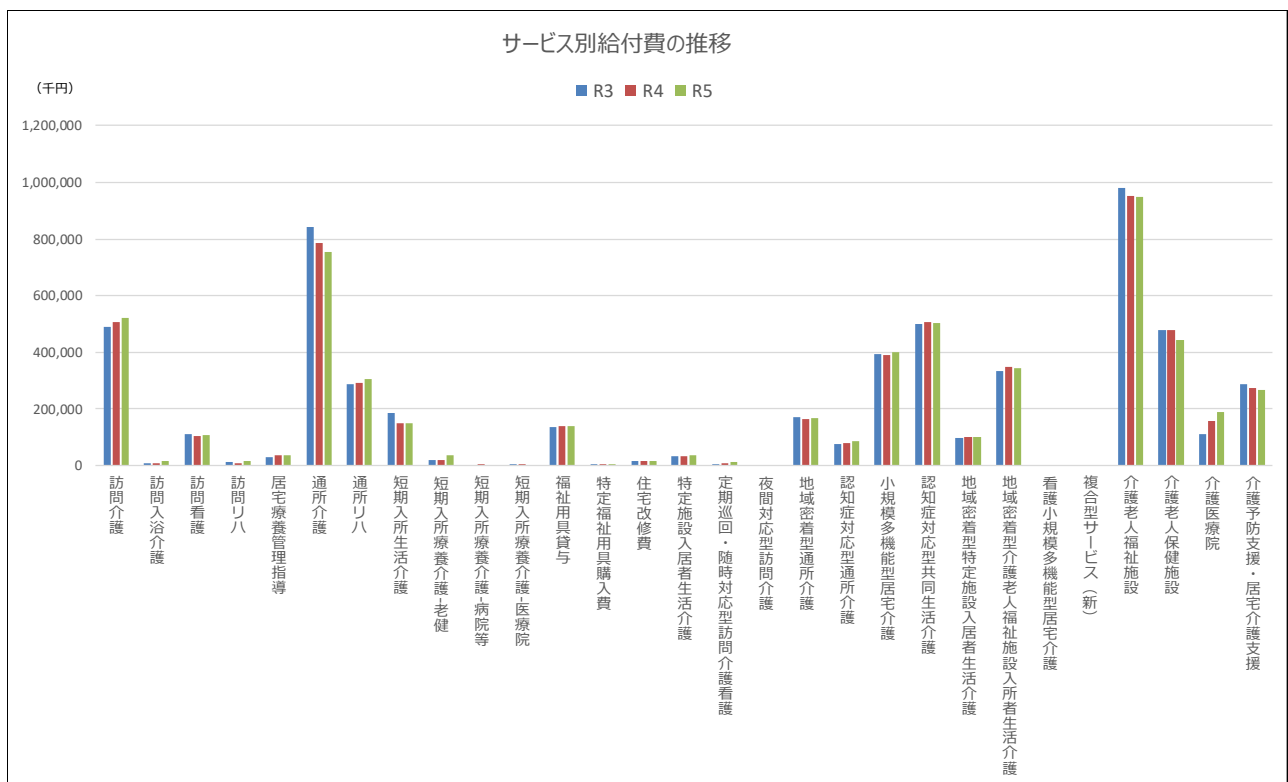
3 前期計画の評価

(1) 前期介護保険事業計画の実績について

総給付費は、令和3年度の56億4100万円から、令和5年度は56億3000万円となり、1100万円減少（令和3年度比100%）となります。

給付費のサービス種類別内訳では、令和3年度比で、居宅サービスは99%、居住系サービスは102%、施設サービスは100%となります。

	R3	R4	前年比	R5	前年比	前々年比
居宅サービス(千円)	3,066,008	2,987,660	97.4%	3,035,636	101.6%	99.0%
居住系サービス(千円)	630,541	636,643	101.0%	642,643	100.9%	101.9%
施設サービス(千円)	1,944,215	1,966,978	101.2%	1,951,290	99.2%	100.4%
総計(千円)	5,640,764	5,591,281	99.1%	5,629,569	100.7%	99.8%

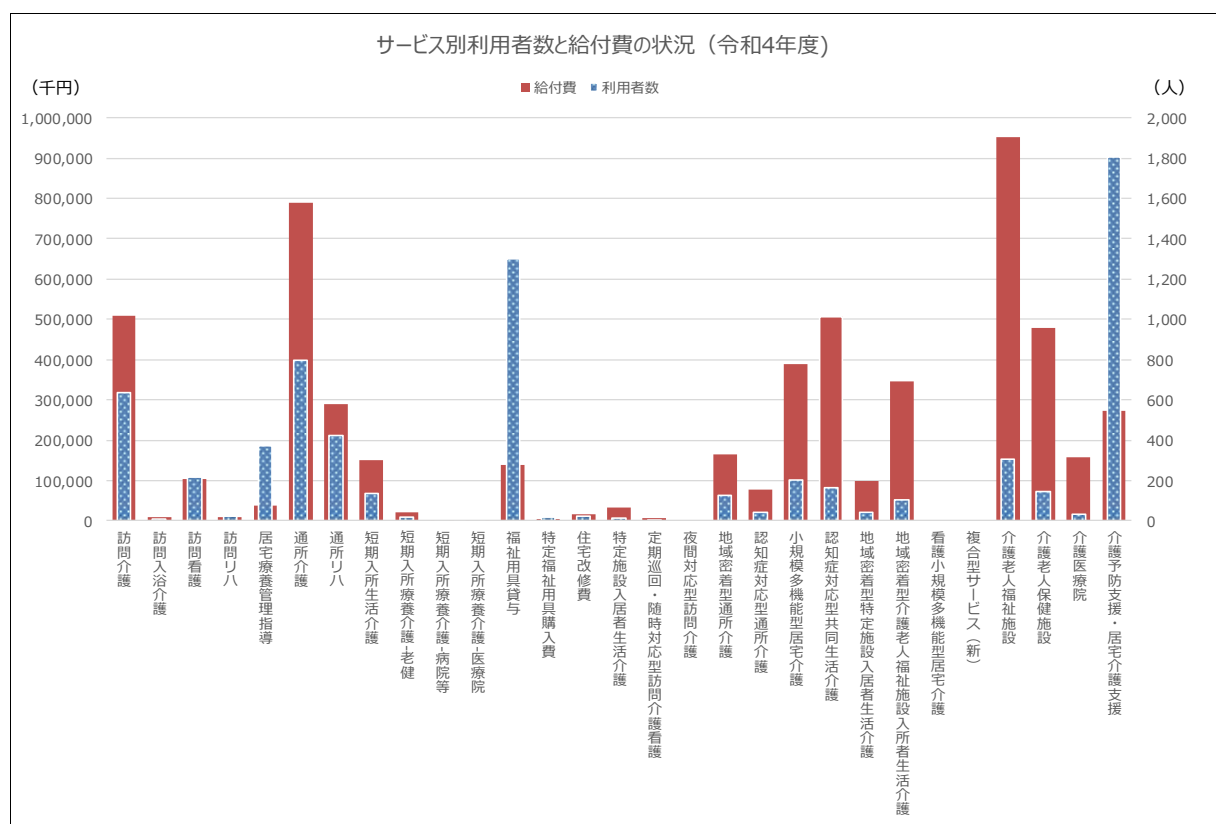


4 サービス別利用者数と給付費の状況（令和4年度）

サービス別の利用者数と給付費を比較してみると、介護予防支援・居宅介護支援、福祉用具貸与は、給付費よりも利用者が多く、かつ他のサービスと比較して利用者数が多いサービスとなります。

一方、施設入所系サービスや小規模多機能型居宅介護などは、利用者数は少ないものの給付費が多いサービスとなります。

なお、訪問介護と通所介護の利用者数・給付費には、総合事業対象者分を含めて記載しています。



5 入所系サービスの必要利用定員総数について

本市では、施設サービスの利用者数がこれまでの増加傾向から横ばいに推移していること、有料老人ホームなどのサービスが展開されてきたことなどから、第9期は新たな地域密着型サービスの整備を行わないこととします。

(1) 認知症対応型共同生活介護

	三角	不知火	松橋	小川	豊野	合計
整備総数(令和5年度)	1	1	4	4	2	12
定員総数(令和5年度)	18	18	63	54	18	171
新規整備(令和6年度)	0	0	0	0	0	0
新規整備(令和7年度)	0	0	0	0	0	0
新規整備(令和8年度)	0	0	0	0	0	0
整備総数	1	1	4	4	2	12
定員総数	18	18	63	54	18	171

(2) 地域密着型特定施設入居者生活介護

	三角	不知火	松橋	小川	豊野	合計
整備総数(令和5年度)	0	0	2	0	0	2
定員総数(令和5年度)	0	0	47	0	0	47
新規整備(令和6年度)	0	0	0	0	0	0
新規整備(令和7年度)	0	0	0	0	0	0
新規整備(令和8年度)	0	0	0	0	0	0
整備総数	0	0	2	0	0	2
定員総数	0	0	47	0	0	47

(3) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

	三角	不知火	松橋	小川	豊野	合計
整備総数(令和5年度)	1	0	2	2	0	5
定員総数(令和5年度)	20	0	49	49	0	118
新規整備(令和6年度)	0	0	0	0	0	0
新規整備(令和7年度)	0	0	0	0	0	0
新規整備(令和8年度)	0	0	0	0	0	0
整備総数	1	0	2	2	0	5
定員総数	20	0	49	49	0	118

第2節 介護保険サービスの量の見込みと確保策

介護保険サービスについては、2025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組が求められています。

また、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。

なお、ここで使用している介護保険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」システムを用いて算出したデータとなります。

1 サービス別利用者数推計

(1) 予防給付利用者数推計

予防給付利用者数推計は、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：人

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
(1) 介護予防サービス			
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	59	59	60
介護予防訪問リハビリテーション	6	6	6
介護予防居宅療養管理指導	19	19	19
介護予防通所リハビリテーション	202	203	204
介護予防短期入所生活介護	3	3	3
介護予防短期入所療養介護(老健)	1	1	1
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	256	257	258
特定介護予防福祉用具購入費	5	5	5
介護予防住宅改修	7	7	7
介護予防特定施設入居者生活介護	0	0	0
(2) 地域密着型介護予防サービス			
介護予防認知症対応型通所介護	4	4	4
介護予防小規模多機能型居宅介護	37	37	37
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	389	391	393

(2) 介護給付利用者数推計

介護給付利用者数推計は、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：人・回

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
(1) 居宅サービス			
訪問介護	481	482	483
訪問入浴介護	11	11	11
訪問看護	154	155	154
訪問リハビリテーション	24	24	24
居宅療養管理指導	340	343	342
通所介護	774	789	805
通所リハビリテーション	247	248	248
短期入所生活介護	148	152	156
短期入所療養介護(老健)	19	19	19
短期入所療養介護(病院等)	0	0	0
短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0
福祉用具貸与	1,009	1,014	1,015
特定福祉用具購入費	14	14	14
住宅改修費	15	15	15
特定施設入居者生活介護	16	16	16
(2) 地域密着型サービス			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	5	5	5
夜間対応型訪問介護	0	0	0
地域密着型通所介護	125	129	133
認知症対応型通所介護	36	37	38
小規模多機能型居宅介護	219	219	219
認知症対応型共同生活介護	171	171	171
地域密着型特定施設入居者生活介護	46	46	46
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	118	118	118
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0
複合型サービス(新)	0	0	0
(3) 施設サービス			
介護老人福祉施設	308	308	308
介護老人保健施設	140	140	140
介護医療院	59	59	61
(4) 居宅介護支援	1,366	1,374	1,374

第3章 介護保険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

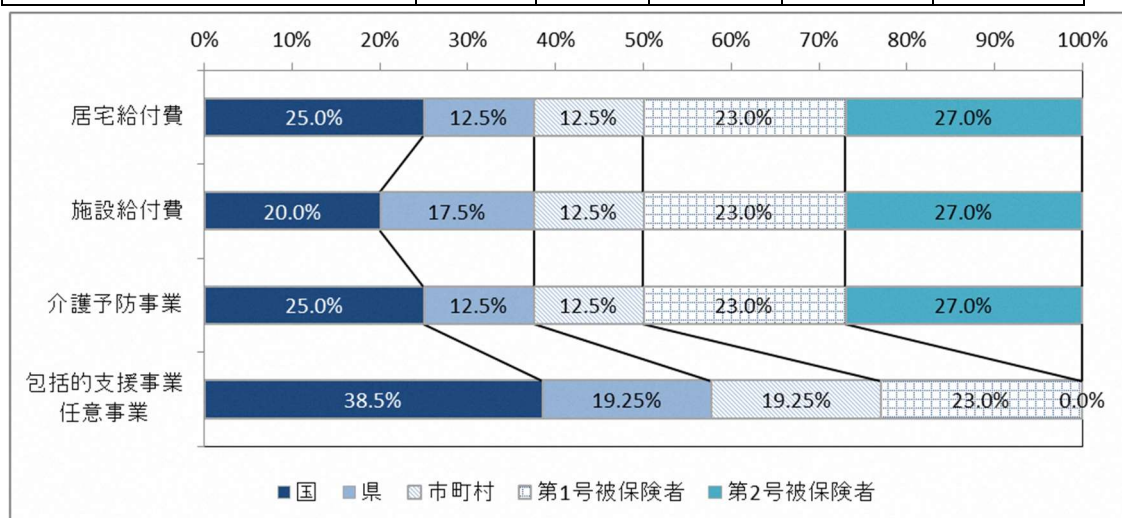
介護保険事業費及び第1号被保険者保険料は、計画期間における第1号被保険者数及び要介護（支援）認定者数の見込み、さらに、介護保険サービス及び地域支援事業に係る費用見込み等をもとに算定します。

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平成18年に創設され、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%が公費負担、残りの50%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6年度	令和7年度	令和8年度
(1)介護予防サービス	128,093	128,311	128,935
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	21,135	21,162	21,460
介護予防訪問リハビリテーション	1,947	1,949	1,949
介護予防居宅療養管理指導	2,292	2,295	2,295
介護予防通所リハビリテーション	79,715	79,858	80,132
介護予防短期入所生活介護	1,266	1,267	1,267
介護予防短期入所療養介護(老健)	736	737	737
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	14,780	14,821	14,873
特定介護予防福祉用具購入費	1,298	1,298	1,298
介護予防住宅改修	4,924	4,924	4,924
介護予防特定施設入居者生活介護	0	0	0
(2)地域密着型介護予防サービス	30,872	30,911	30,911
介護予防認知症対応型通所介護	1,520	1,522	1,522
介護予防小規模多機能型居宅介護	29,352	29,389	29,389
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	21,568	21,707	21,818
合計	180,533	180,929	181,664

(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6年度	令和7年度	令和8年度
(1) 居宅サービス	1,960,483	1,982,201	2,003,077
訪問介護	457,692	456,490	456,508
訪問入浴介護	10,410	10,423	10,423
訪問看護	80,555	81,174	80,525
訪問リハビリテーション	9,999	10,012	10,012
居宅療養管理指導	33,751	34,086	33,996
通所介護	793,590	809,894	826,839
通所リハビリテーション	223,320	224,093	224,357
短期入所生活介護	159,843	164,314	168,583
短期入所療養介護(老健)	25,870	25,903	25,903
短期入所療養介護(病院等)	0	0	0
短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0
福祉用具貸与	116,019	116,333	116,452
特定福祉用具購入費	3,955	3,955	3,955
住宅改修費	10,108	10,108	10,108
特定施設入居者生活介護	35,371	35,416	35,416
(2) 地域密着型サービス	1,767,683	1,776,440	1,782,958
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	12,770	12,786	12,786
夜間対応型訪問介護	0	0	0
地域密着型通所介護	165,284	170,886	176,279
認知症対応型通所介護	56,784	57,981	59,106
小規模多機能型居宅介護	495,420	496,047	496,047
認知症対応型共同生活介護	528,953	529,623	529,623
地域密着型特定施設入居者生活介護	108,393	108,531	108,531
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	400,079	400,586	400,586
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0
複合型サービス(新)	0	0	0
(3) 施設サービス	1,720,201	1,722,378	1,727,980
介護老人福祉施設	973,985	975,217	975,217
介護老人保健施設	468,341	468,934	468,934
介護医療院	277,875	278,227	283,829
(4) 居宅介護支援	239,246	240,895	240,894
合計	5,687,613	5,721,914	5,754,909

3 その他の給付等の見込み

(3) 標準給付費

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計
総給付費(円)	5,868,146,000	5,902,843,000	5,936,573,000	17,707,562,000
特定入所者介護サービス費等給付額(円)	238,685,590	239,773,313	240,273,287	718,732,190
高額介護サービス費等給付額(円)	126,729,184	127,334,741	127,600,900	381,664,825
高額医療合算介護サービス費等給付額(円)	21,977,456	22,058,255	22,145,788	66,181,499
算定対象審査支払手数料(円)	5,767,230	5,788,440	5,811,400	17,367,070
標準給付費見込額(円)	6,261,305,460	6,297,797,749	6,332,404,375	18,891,507,584

(4) 地域支援事業費

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計
介護予防・日常生活支援総合事業費	116,805,000	116,635,000	116,635,000	350,075,000
介護予防・生活支援サービス事業	46,319,000	46,251,000	46,251,000	138,821,000
一般介護予防事業	70,486,000	70,384,000	70,384,000	211,254,000
包括支援事業及び任意事業費	122,606,000	122,428,000	122,428,000	367,462,000
包括的支援事業 (地域包括支援センターの運営)	103,644,000	103,494,000	103,494,000	310,632,000
任意事業	18,962,000	18,934,000	18,934,000	56,830,000
包括支援事業(社会保障充実分)	17,600,000	17,575,000	17,575,000	52,750,000
在宅医療・介護連携推進事業	4,457,000	4,451,000	4,451,000	13,359,000
認知症総合支援事業	4,067,000	4,061,000	4,061,000	12,189,000
生活支援体制整備事業	8,492,000	8,480,000	8,480,000	25,452,000
地域ケア会議推進事業	584,000	583,000	583,000	1,750,000
地域支援事業費(円)	257,011,000	256,638,000	256,638,000	770,287,000

(5) 財政安定化基金

	令和6～8年度
財政安定化基金拠出金(円)	0
財政安定化基金拠出率(%)	0
財政安定化基金償還金(円)	0

(6) 準備基金の残高と取崩額

	令和6～8年度
準備基金の残高(令和5年度末)(円)	1,677,635,958
準備基金取崩額(第9期)(円)	171,000,000

(7) 市町村特別給付費等

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	合計
市町村特別給付費等(円)	0	0	0	0

(8) 予定保険料収納率

	令和6～8年度
予定保険料収納率(%)	97.50%

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基準額の算出

標準給付費見込額	18,891,507,584
+	
地域支援事業費	770,287,000
=	
介護保険事業費見込額	19,661,794,584
×	
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	4,522,212,754
+	
調整交付金相当額	962,079,129
-	
調整交付金見込額	1,275,579,000
+	
財政安定化基金償還金	0
-	
財政安定化基金取崩による交付額	0
-	
準備基金取崩額	171,000,000
+	
市町村特別給付費等	0
=	
保険料収納必要額	4,037,712,884
÷	
予定保険料収納率	97.5%
÷	
所得段階別加入割合補正後第1号被保険者数(3年間)	57,518
=	
年額保険料	71,999
÷	
12 か月	
=	
月額保険料(基準額)	6,000
(参考)前期の月額保険料(基準額)	6,300

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、準備基金を取り崩し、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。

なお、第1～3段階の方については、低所得者の保険料上昇抑制を図るため、公費（国・県・保険者）負担による軽減が実施されていることから、各段階の上段に軽減前の金額を括弧書きとし、下段に本人が実際に負担する保険料月額を記載しています。

各段階における保険料負担割合の概要は以下のとおりです。

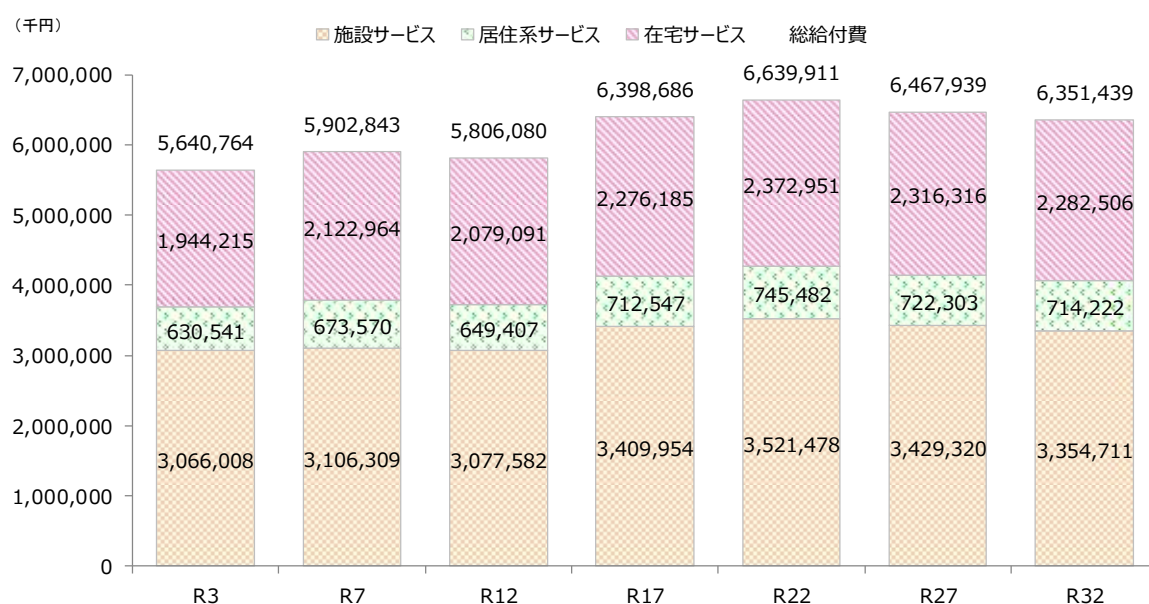
区分		対象者	負担割合	基準年額	基準月額
第1段階	住民税世帯非課税	・生活保護受給者	(0.455)	(32,800 円)	(2,730 円)
		・老齢福祉年金受給者	0.285	20,600 円	1,710 円
		・公的年金等収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の人			
第2段階	住民税世帯非課税	第1段階以外の人で、公的年金等収入額と合計所得金額の合計が120万円以下の人	(0.685) 0.485	(49,400 円) 35,000 円	(4,110 円) 2,910 円
第3段階		住民税世帯非課税で第1段階、第2段階以外の人	(0.690) 0.685	(49,700 円) 49,400 円	(4,140 円) 4,110 円
第4段階	住民税世帯課税	住民税本人非課税で、公的年金等収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の人	0.900	64,800 円	5,400 円
第5段階		住民税本人非課税で第4段階以外の人	1.000 (基準額)	72,000 円	6,000 円
第6段階		住民税本人課税で、合計所得金額が120万円未満の人	1.200	86,400 円	7,200 円
第7段階		住民税本人課税で、合計所得金額が210万円未満の人	1.300	93,600 円	7,800 円
第8段階		住民税本人課税で、合計所得金額が320万円未満の人	1.500	108,000 円	9,000 円
第9段階		住民税本人課税で、合計所得金額が420万円未満の人	1.700	122,400 円	10,200 円
第10段階		住民税本人課税で、合計所得金額が520万円未満の人	1.900	136,800 円	11,400 円
第11段階		住民税本人課税で、合計所得金額が620万円未満の人	2.100	151,200 円	12,600 円
第12段階		住民税本人課税で、合計所得金額が720万円未満の人	2.300	165,600 円	13,800 円
第13段階		住民税本人課税で、合計所得金額が720万円以上の人	2.400	172,800 円	14,400 円

第3節 2040年のサービス水準等の推計

1 2040年のサービス水準等の推計

2040年を見据え「地域包括ケア計画」を計画的・段階的に進めていくために、サービス水準等について推計しました。

なお、ここで示す給付費等については、国が示した地域包括ケア「見える化」システムを基に算出したものとなります。

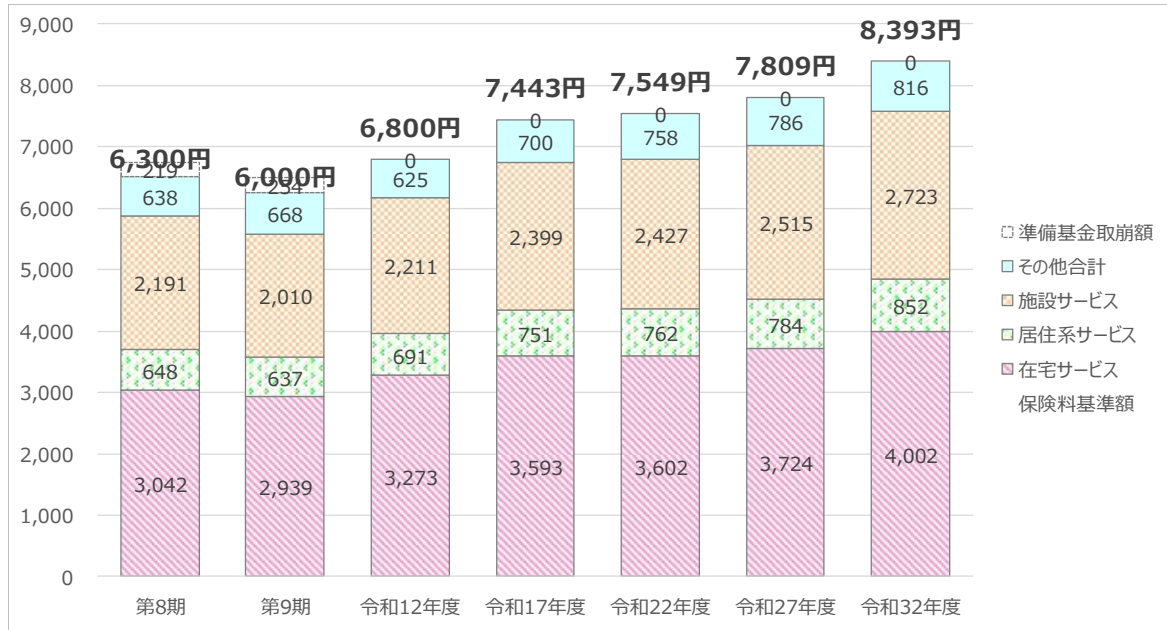


	令和3年度	令和7年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度	令和27年度	令和32年度
総給付費	5,640,764	5,902,843	5,806,080	6,398,686	6,639,911	6,467,939	6,351,439
在宅サービス 給付費	3,066,008	3,106,309	3,077,582	3,409,954	3,521,478	3,429,320	3,354,711
在宅サービス 割合	54.4%	52.6%	53.0%	53.3%	53.0%	53.0%	52.8%
居住系サービス 給付費	630,541	673,570	649,407	712,547	745,482	722,303	714,222
居住系サービス 割合	11.2%	11.4%	11.2%	11.1%	11.2%	11.2%	11.2%
施設サービス 給付費	1,944,215	2,122,964	2,079,091	2,276,185	2,372,951	2,316,316	2,282,506
施設サービス 割合	34.5%	36.0%	35.8%	35.6%	35.7%	35.8%	35.9%

2 介護保険料基準額の経年変化

2040 年を見据えた中長期的なサービス水準を基に試算した、介護保険料基準額の経年変化については、以下のとおりです。

なお、ここで示す月額保険料については、国が示した地域包括ケア「見える化」システムを基に推計したものとなります。



	第8期	第9期	令和12年度	令和17年度	令和22年度	令和27年度	令和32年度
総給付費	5,881	5,586	6,175	6,743	6,791	7,023	7,577
在宅サービス	3,042	2,939	3,273	3,593	3,602	3,724	4,002
居住系サービス	648	637	691	751	762	784	852
施設サービス	2,191	2,010	2,211	2,399	2,427	2,515	2,723
その他合計	638	668	625	700	758	786	816
保険料収納必要額	6,519	6,254	6,800	7,443	7,549	7,809	8,393
準備基金取崩額	219	254	－	－	－	－	－
保険料基準額	6,300	6,000	6,800	7,443	7,549	7,809	8,393

第4章 計画の推進体制

第1節 計画推進に向けた役割と連携

1 市民、サービス提供機関、行政の役割

本計画の実現に向けて、地域を支える市民、サービス提供機関、行政が相互に連携し、それぞれの役割を果たすことを目指しており、次に掲げる役割が求められます。

（１）市民の役割

尊厳ある生活や幸福の追求は、個々人の自助努力が前提となります。市民は、常に健康の維持や増進を図るとともに、医療や介護が必要な状態になった場合も、できる限り自立した生活が送られるよう努力することが大切です。

また、支え合う地域社会の形成のため、社会を構成する一員として、様々なかたちでの地域の支え合いに積極的に参加していくことが求められます。

（２）サービス提供機関の役割

公的サービスの担い手として社会的役割の重要性を十分理解し、地域との繋がりを保ち、地域福祉活動に貢献することが求められます。また、サービスの質を高めると同時に、異なる介護サービスの提供機関とも連携し、利用者の生活の支援や健康の維持において、その役割を担うことで、十分な効果を発揮するよう努める必要があります。

（３）行政の役割

本計画を推進するため、主な取組として掲げた事業を効率的に運営していくとともに、市民やサービス提供機関の活動体制を支援していきます。事業の運営にあたっては、厳しい財政状況を踏まえ、計画の進捗状況を検証し、より効果的な運営を推進します。

2 関係機関等の連携

本計画は、保健・福祉・医療分野をはじめ、教育、就労、まちづくり等多様な分野の施策が関連するため、全庁的な連携のもと、計画を推進していきます。

併せて社会福祉協議会や地域包括支援センター、専門医療機関や事業所等の民間関係機関や、県の関係機関等とも連携を図り、計画を推進します。

第2節 進捗状況管理

1 4つの委員会・協議会等を活用したPDCAサイクルの構築

本市では、高齢者施策の推進を図るため、「宇城市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画審議会」、「宇城市地域密着型サービス運営委員会」、「宇城市地域包括支援センター運営協議会」、「宇城市生活支援体制整備事業第1層協議体」の4つの委員会・協議会等を設け、毎年の実行状況を整理し、計画の進捗状況の点検や評価を行います。

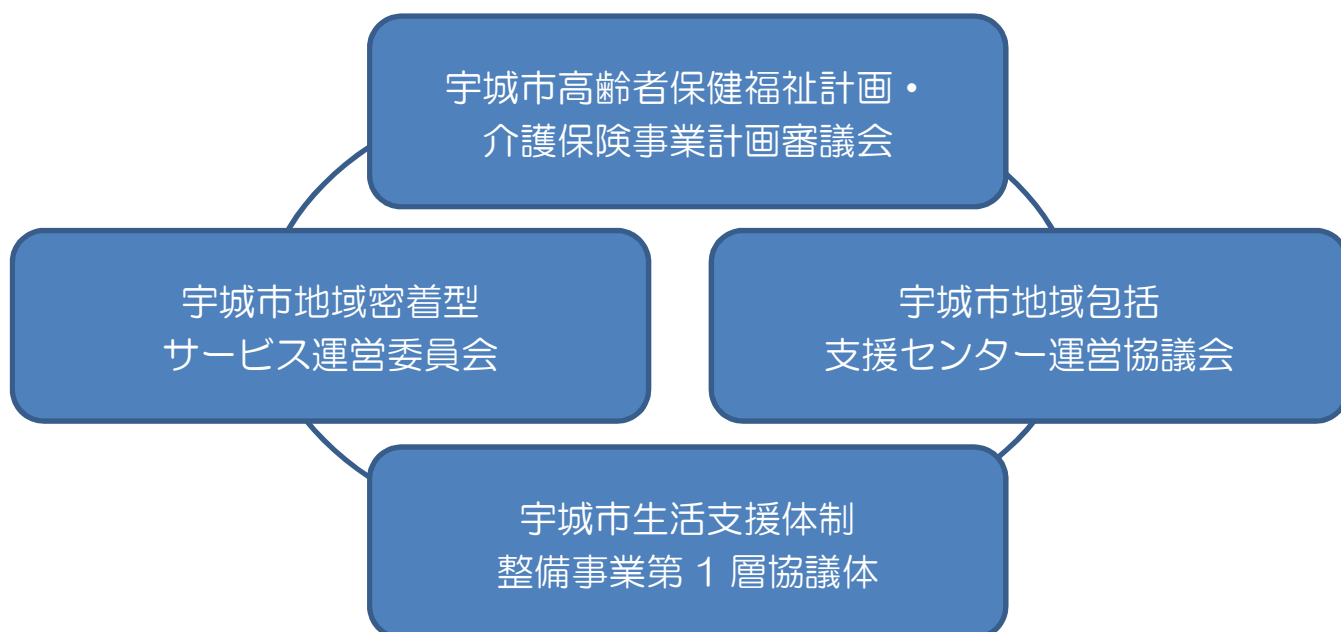
「宇城市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画審議会」では、高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の見直しに関することや、その他高齢者の福祉に関することについて、協議・検討・進捗管理を行うことで、施策の推進を図っています。

「宇城市地域密着型サービス運営委員会」では、地域密着型サービスの指定、介護報酬の設定、指定基準の設定など、本市の地域密着型サービスの提供体制の確保などについて審議することで、介護保険制度の安定的な運営を図っています。

「宇城市地域包括支援センター運営協議会」では、センターの設置、運営、職員の確保などの体制と、地域包括ケアの構築全般に関することの進捗管理を中心に審議し、施策の推進を図っています。

「宇城市生活支援体制整備事業第1層協議体」では、生活支援等サービスの体制整備に向けた情報共有、連携、事業の進捗管理を行うことで、施策の推進を図っています。

今後も、これらの委員会において、本計画の円滑な推進並びに進捗管理を図ります。



資料編

第3部 資料編

1 宇城市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画審議会運営要綱

平成17年1月15日

告示第71号

改正 平成19年5月16日告示第62号

平成24年3月28日告示第55号

令和元年7月19日告示第29号

令和3年2月5日告示第5号

令和4年3月31日告示第59号

(趣旨)

第1条 この告示は、宇城市附属機関設置条例（平成23年宇城市条例第10号）第3条の規定に基づき、宇城市高齢者保険福祉計画・介護保険事業計画審議会（以下「審議会」という。）の組織及び運営に関し必要な事項を定めるものとする。

(構成員)

第2条 審議会は、委員20人以内で構成する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから、市長が委嘱し、又は任命する。

- (1) 学識経験者
- (2) 福祉関係者
- (3) 保健・医療関係者
- (4) 介護保険被保険者
- (5) その他市長が必要と認める者

(委員長及び副委員長)

第3条 審議会に委員長及び副委員長を置く。

- 2 委員長は、委員の互選によりこれを選任する。
- 3 副委員長は、委員のうちから委員長が指名する。
- 4 委員長は、会議の議長となる。
- 5 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、その職務を代理する。

(委員の責務)

第4条 審議会の委員は、職務上知りえた秘密を外に漏らしてはならない。

2 前項の規定は、その職を退いた後も同様とする。

(委員の任期)

第5条 委員の任期は、3年とする。ただし、補欠委員の任期は、その前任者の残任期間とする。

(審議事項)

第6条 審議会は次の各号に掲げる事項について審議する。

- (1) 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の見直しに関すること。
- (2) その他高齢者の福祉に関すること。

(会議)

第7条 審議会の招集は、市長が必要に応じて行う。

2 委員長は、会議の結果を市長に報告するものとする。

(庶務)

第8条 審議会の庶務は、福祉部高齢介護課において処理する。

(その他)

第9条 この告示に定めるもののほか、審議会の運営に関し必要な事項は、委員長が審議会に諮って定める。

附 則

この告示は、平成17年1月15日から施行する。

附 則（平成19年5月16日告示第62号）

この告示は、平成19年5月16日から施行し、平成19年4月1日から適用する。

附 則（平成24年3月28日告示第55号）抄

（施行期日）

1 この告示は、平成24年4月1日から施行する。

附 則（令和元年7月19日告示第29号）

この告示は、告示の日から施行する。

附 則（令和3年2月5日告示第5号）

この告示は、告示の日から施行する。

附 則（令和4年3月31日告示第59号）

この告示は、令和4年4月1日から施行する。

2 委員会名簿

(敬称略：令和5年9月現在)

区分	委員職域	所 属	役 職	氏 名
学識 経験者	医師会	下益城郡医師会 (宇城総合病院)	会長	江上 寛
		宇土地区医師会(きむら医院)	副会長	木村 茂
福祉 関係者	福祉行政	民生委員児童委員連絡協議会	会長	高橋 清勝
	福祉団体	宇城市社会福祉協議会	事務局長	杉浦 正秀
		宇城市ボランティア 連絡協議会	会長	吉田 良一
	介護老人 福祉施設	特別養護老人ホーム 『しらぬい荘』	施設長	由布 眞知子
保 健・ 医療 関係者	保健行政	宇城市食生活改善推進協議会	会長	蔦原 京子
	介護サービス	宇城市介護サービス従事者 連絡協議会	介護支援 専門員部 会長	岡田 朋子
	看護協会	熊本県看護協会宇城支部	理事	石田 由紀子
被保険 者	被保険者(1号)	宇城市行政区長代表者連絡会	豊野町 代表区長	松田 立秋
	被保険者(1号)	宇城市老人クラブ連合会	会長	浦川 節生
	被保険者(1号)	宇城市地域婦人会連絡協議会	会長	濱崎 壽子
	被保険者(1号)	市民公募		松本 秀幸
行政関 係者	その他の者	行政職員	福祉部長	岩井 智

3 用語の解説

用語	解説
アセスメント	ケアプランの作成にあたって、利用者について、その有する能力、既に提供を受けているサービスなど、その置かれている環境等の評価を通じて、利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう支援する上で、解決すべき課題を把握すること。
e ラーニングシステム	e ラーニングシステムは、認定調査員の標準化のためにインターネット上で提供される認定調査員のための学習支援システムのこと。
NPO (Non Profit Organization)	非営利組織。政府や私企業とは独立した存在として、市民・民間の支援のもとで社会的な公益活動を行う組織や団体のこと。ボランティアグループや市民団体など、非営利活動を目的とする団体に法人格を与え、市民の社会貢献活動を促進するために、平成 10 年に「NPO 法(特定非営利活動促進法)」が制定された。
MCI (Mild Cognitive Impairment)	MCIは軽度認知障害と略され、認知症の前の段階で認知機能の低下がみられる状態であるが、現状では認知症とされるほどではなく、日常生活に困難をきたすほどではない状態。
介護給付費	介護保険サービスの提供に関して保険財政から支出される費用またはその総額のこと。介護保険サービス費は、基本的にその1～3割を利用者が自己負担し、残りの7～9割は保険給付される。財源としては、半分を40歳以上である被保険者が保険料として負担し、残りの半分为公費で賄っている。
介護サービス／介護予防サービス	介護サービスとは、広義では介護保険サービス全般を指し、狭義では要介護1～5の認定者向けのサービスをさす。また、介護予防サービスとは、要支援1～2の認定者向けのサービスをさす。
介護認定審査会	要支援・要介護認定の審査判定を行うために設置される市町村の附属機関。保健・医療・福祉の専門家により構成され、認定調査の結果や主治医意見書などを資料に、介護の要否やその程度及びその有効期間について審査及び判定を行う。また判定に際して、サービス提供上の留意事項等の意見を付すことができる。
介護福祉士	社会福祉士及び介護福祉士法に基づく国家資格。身体上または精神上の障害があることにより、日常生活を営むのに支障がある者に対して、心身の状況に応じた介護を行い、またその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う。英語名はケアワーカー。

用語	解説
介護予防・日常生活支援総合事業	地域の実情に応じ、多様なマンパワーや社会資源の活用などを図りながら、要支援者や介護予防事業対象者に対して、介護予防や配食・見守りなどの切れ目のない総合サービスを提供することができる事業。
基本チェックリスト	総合事業対象者を把握するための生活機能評価において用いられる調査票。介護の原因となりやすい生活機能低下の危険性がないかどうかという視点で、運動、口腔、栄養、物忘れ、うつ症状、閉じこもりなどの全 25 項目について、「はい／いいえ」で回答する。
居住系サービス	認知症対応型共同生活介護や特定施設入居者生活介護のサービスを指す。「介護を受けながら住み続けられる住まい」として位置づけられており、その施設整備については、施設サービスと同様に介護保険事業計画に基づいて行われる。
居宅	介護保険法上の法律用語。自宅に限らず広く住まいとする場所のことを指す。ただし「自宅」「在宅」「居宅」「居住系」といった用語の定義は、介護保険上で明確に区分されていない。
居宅介護支援事業所	要介護認定等、各種申請や介護サービスを利用する際に、窓口となる事業所で、ケアプランを作成し、適切なサービスが受けられるように、提供事業者と連絡・調整を行う機関をさす。
居宅サービス	デイサービスやデイケア、ショートステイなど、居宅を起点として利用する介護サービスの総称。在宅サービスと表現した場合は、広義で地域密着型サービスを含む。
ケアプラン(介護サービス計画)	利用者が介護サービス等を適切に利用できるよう、また、その利用が利用者本人の自立した日常生活に資するよう、利用するサービスの種類や回数などを定めた計画のこと。ケアマネジャーによるケアマネジメントのもと作成される。在宅の場合は「居宅サービス計画」または「介護予防サービス計画」、施設の場合は「施設サービス計画」という。
ケアマネジメント	主に介護等の福祉分野で、サービスとそれを必要とする人のニーズをつなぐ手法のこと。具体的には、①インテーク(受理面接)⇒②アセスメント(生活課題の分析)⇒③プランニング(計画の立案)⇒④サービスの実施⇒⑤モニタリング(進行中における中途評価)⇒⑥エヴァリュエーション(最終的な評価)⇒⑥の結果をフィードバックすることで、再度上述の②からのプロセスを経るといった一連の行為を指す。

用語	解説
ケアマネジャー (介護支援専門員)	都道府県知事から与えられる公的資格。要支援・要介護認定を受けた人からの相談を受け、ケアプランを作成し、保険者や他の介護サービス事業者との連絡・調整などを取りまとめる。一般的にケアマネと略称される。
特定施設入居者生活介護	有料老人ホームの一類型。入浴、排せつ、食事の介護、食事の提供等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設であり、入居後介護が必要となっても、その有料老人ホームが提供する介護付有料老人ホーム(ホームの介護職員等によるサービス)を利用しながら居室で生活を継続することが可能なものをいう。
権利擁護	自己の権利や援助のニーズを表明することの困難な認知症高齢者や障害者等に代わって、援助者が代理としてその権利やニーズ獲得を行うことをいう。
高額介護サービス費	所得が一定以下の介護サービス利用者に対して、サービス利用料の自己負担額が一定額以上になったときに、超過分を保険給付から支給する制度。
高額医療合算介護サービス費等給付額	高額医療・高額介護合算療養費制度は、医療費の負担と介護費の両方の自己負担額が一定額以上になったときに、超過分を保険給付から支給するもので平成 20 年 4 月から設けられた制度。
高齢者虐待	家庭内や施設内での高齢者に対する虐待行為のこと。老人虐待とも称される。高齢者の基本的人権を侵害・蹂躪し、心や身体に深い傷を負わせるもので、身体的(身体的拘束を含む)、性的、心理的、経済的、介護や世話の放棄(自虐を含む)といった種類がある。
施設サービス	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院に入所して受けるサービスの総称。要介護1～5の認定者が利用できるとされているが、介護老人福祉施設については、平成 26 年度の介護保険法改正により、原則要介護3以上の入所となった。また、その施設整備は介護保険事業計画に基づいて行われる。
社会福祉協議会	社会福祉法に基づき設置される、民間の社会福祉活動を推進することを目的とした民間組織。都道府県や政令指定都市、市区町村を単位に設置されており、住民の多様な福祉ニーズに応えるため、地域の特性を踏まえて、地域のボランティアと協力しながら独自の事業に取り組んでいる。

用語	解説
社会福祉士	社会福祉士及び介護福祉士法に基づく国家資格。身体上もしくは精神上の障害があるなどの理由により、日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言や指導、福祉サービス提供者や医師などの関係者と連絡調整等の援助を行う。英語名はソーシャルワーカー。
重層的支援体制整備事業	既存の介護、障害、子ども子育て支援、生活困窮の相談支援等の取り組みを活かしつつ、地域住民の複雑・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援を一体的に実施するもの。
主任ケアマネジャー（主任介護支援専門員）	ケアマネジャーの上位資格。介護保険サービスや他の保健・医療サービスを提供する者との連絡調整、他のケアマネジャーに対する助言・指導などを行う。
小規模多機能型居宅介護	地域密着型サービスのひとつで、要介護者の様態や希望に応じ「通所介護（デイサービス）」を中心に、「訪問介護」、「泊まり（ショートステイ）」の3種類の介護サービスを提供することができる。
ショートステイ（短期入所生活介護）	ショートステイ（短期入所生活介護）は、利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、閉じこもりや孤立感の解消、心身機能の維持回復だけでなく、家族の介護の負担軽減などを目的として実施される。介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）などが、常に介護が必要な方の短期間の入所を受け入れ、入浴や食事などの日常生活上の支援や、機能訓練などを提供する。
生活支援協議体	市町村が主体となり、各地域におけるコーディネーターと生活支援・介護予防サービスの提供主体等が参画し、定期的な情報共有及び連携強化の場として、中核となるネットワークのこと。
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体制整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能（主に資源開発やネットワーク構築の機能）を果たす者のこと。
生活習慣病	食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が発症原因に深く関与していると考えられている疾患の総称。主なものとして、がん、脳血管疾患、心臓病があり、日本人の3大死因となっている。また、これらの疾患になるリスクを上げる肥満も生活習慣病のひとつともされ、肥満に関連して起きる症候群をメタボリックシンドロームと呼ぶ。

用語	解説
成年後見制度	病気や障害のため判断能力が著しく低下することにより、財産管理や契約、遺産分割等の法律行為を自分で行うことが困難であったり、悪徳商法等の被害にあったりするおそれのある人を保護し、支援する制度。家庭裁判所により選任された後見人等が本人の意思を尊重し、その法律行為の同意や代行などを行う制度。
前期高齢者／後期高齢者	一般的なおおむね 65 歳以上の人を「高齢者」というが、高齢者のうち 65 歳以上 74 歳以下を「前期高齢者」、75 歳以上を「後期高齢者」という。
第 1 号被保険者／第 2 号被保険者	介護保険制度において、原則として保険者(市区町村または広域連合)の区域内に住所を有する満 40 歳以上の者を当該保険者の被保険者とする。そのうち 65 歳以上を第 1 号被保険者といい、40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者を第 2 号被保険者という。介護保険サービスを利用するには、要支援・要介護認定を受ける必要があるが、第 2 号被保険者の場合は、加齢に伴う特定の疾病(政令で定める 16 種類)によって介護が必要になった場合に限られる。
地域共生社会	制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、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を指しています。
地域共生事業	高齢者と障がい者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉両方の制度に新たに位置づけられた事業で、共生型サービスと呼ばれる。
地域ケア会議	保険者と地域包括支援センター、介護支援専門員、サービス提供事業者など、医療・保健・福祉の現場職員を中心に、具体的ケースに基づいて協議を行うことで、効果的なサービスの総合調整や参加者の能力向上を図り、地域包括ケアの向上につなげる仕組み。
地域支援事業	高齢者が要介護状態等になることを予防し、たとえ要介護状態になった場合においても、可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するための事業。
地域包括ケア／地域包括ケアシステム	地域包括ケアとは、高齢者の人口の急増に伴い、要介護高齢者や認知症高齢者、医療ニーズの高い高齢者の増加、ひとり暮らしや高齢者のみ世帯の増加といった社会構造の変化に対応できるよう、次世代のヘルスケアとして提唱されている構想のこと。地域包括ケアシステムとは、可能な限り住み慣れた地域において継続して住み続けることができるよう、ニーズに応じた住宅が提供されることを前提に、医療、介護、予防、見守りなどの多様な生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供されていく体制のこと。体制の整備には、地域ごとに異なる課題や実情に応じた対策が必要となるため、現在も様々な取り組みや研究が行われている。

用語	解説
地域包括支援センター	介護保険法に基づく、地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防ケアマネジメントなどを総合的に行う機関。各市区町村に設置され、地域包括ケアシステムの中核機関でもある。
地域包括支援センター三職種	社会福祉士、主任介護支援専門員、保健師のこと。
地域密着型サービス	平成 18 年度の介護保険制度改正により新たに類型化されたサービス体系で、高齢者が介護が必要な状態になっても、可能な限り住み慣れた地域の中で、馴染みの人間関係等を維持しながら生活できるよう、地域の特性に応じた柔軟なサービスを提供するための仕組み。原則として保険者の区域内の住民のみが利用できる。
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じた 24 時間体制で、訪問介護と訪問看護が連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行うサービス。
デイケア(通所リハビリテーション)	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、利用者が通所リハビリテーションの施設(老人保健施設、病院、診療所など)に通い、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどが日帰りで提供される。
デイサービス(通所介護)	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、閉じこもりや孤立感の解消、心身機能の維持、家族の介護の負担軽減などを目的として実施される。利用者が通所介護の施設(利用定員 19 人以上のデイサービスセンターなど)に通い、施設では、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを日帰りで提供される。生活機能向上グループ活動などの高齢者同士の交流もあり、自宅から施設までの送迎が行われる。
日常生活圏域	地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護サービス等を提供する施設の整備状況、地域コミュニティの活動単位など、様々な条件を総合的に勘案して設定される区域のこと。介護保険事業計画においては、住民が日常生活を営んでいる地域、高齢者が住み慣れた地域として捉え、地域密着型サービスの基盤整備などにおいて用いる。また、地域包括ケアシステムにおいても、対象エリアの単位として用いられる。

用語	解説
日常生活自立支援事業	日常生活自立支援事業とは、認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等のうち判断能力が不十分な方が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、市町村の社会福祉協議会等が窓口となり、福祉サービスの利用援助等を行うもの。
認知症	脳細胞の死滅や活動の低下によって認知機能に障害が起き、日常生活・社会生活が困難になる状態の総称。主な症状としては、直前の行動を忘れてしまう、覚えていた人や物の名前が思い出せなくなるといった「記憶障害」、自分のいる場所や状況、年月日、周囲の人間との関係性などがわからなくなる「見当識障害」、料理の手順がわからない、善悪の区別ができなくなるといった「判断能力の低下」がある。またこれらの症状に、個々の性格や環境の変化などが加わることで、徘徊や暴力・暴言、幻覚、物盗られ妄想、せん忘、異食、失禁・排尿障害、不眠・睡眠障害、うつ症状といった行動・心理症状(BPSD)が現れるケースもある。また、原因疾患によっては手術や薬物治療により症状が改善され、光療法や回想法などその他の手段が有効な場合もある。近年は、物忘れ外来の設置や専門医の配置など医療環境の整備も進められており、様々な研究も行われている。
認知症ケアパス	認知症ケアパスとは、認知症の人とその家族が、地域の中で本来の生活を営むために、認知症の人と家族及び地域・医療・介護の人々が目標を共有し、それを達成するための連携の仕組みであり、認知症ケアパスを作成することは、多職種連携の基礎となる。
認知症サポーター	認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人やその家族を支援する人のこと。各地域で実施されている「認知症サポーター養成講座」を受講する必要がある。令和2年9月末時点で全国に1260万人以上のサポーターがいる。
認定調査員	要介護認定申請を受けて、被保険者宅等(あるいは入院・入所先)を訪問し、被保険者本人との面接により、その心身の状況や置かれている環境について調査(認定調査)を行う者。調査の結果は、介護認定審査会における審査・判定の資料となる。
バリアフリー	障害者が社会生活をしていくうえで、障壁(バリア)となるものを取り除くという意味。段差などの物理的バリアを取り除くだけでなく、より広い意味で障害のある人の社会参加を困難にしている社会的、物理的、心理的なバリアを取り除いていくことにも用いられる。

用語	解説
パブリックコメント	行政がいろいろなテーマの計画を策定するにあたり、住民に計画内容を案として公表し、その計画案について寄せられた意見を考慮して、計画内容の決定を行うとともに、寄せられた意見とそれに対する行政の考え方を公表するもの。
PDCA サイクル	PDCA サイクルは、Plan(計画)→ Do(実行)→ Check(評価)→ Act(改善)の4段階を繰り返すことによって、業務を継続的に改善する仕組みのこと。
フレイル	フレイルとは、「加齢により心身が老い衰えた状態」のこと。 厚生労働省研究班の報告書では、「加齢とともに心身の活力(運動機能や認知機能等)が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」とされる。
包括ブランチ	ブランチは部門、支店などの意味を持つ言葉で、包括ブランチとは、住民の利便性を考慮し、地域の住民から相談を受け付け、集約した上で、地域包括支援センターにつなぐための「窓口」として地域に設置する出張所のようなもの。
ホームヘルパー	都道府県知事の指定する「訪問介護員養成研修」の課程を修了した者に与えられる認定。現在1級と2級があり、2級取得で訪問介護における身体介護・家事援助などの介護業務に従事できる。
民生委員・児童委員	民生委員とは、厚生労働大臣より委嘱を受けて、それぞれの地域において、常に住民の立場に立って相談に応じ、福祉事務所等と協力し、必要な援助を行うことを職務として、市町村の区域に配置されている民間の奉仕者※である。また、児童委員とは、地域の子どもたちを見守り、子育ての不安や妊娠中の心配ごとなどの相談・支援などを行うことを職務とする民間の奉仕者※である。それぞれ民生委員法と児童福祉法に基づいて委嘱されるが、児童福祉法上、民生委員が児童委員を兼ねることとされており、「民生委員・児童委員」が正式な呼称である。 ※行政実例では地方公務員法第3条第3項第2号に規定する「非常勤の特別職の地方公務員」(都道府県)に該当すると解されているが、奉仕者となるため無報酬である。

用語	解説
有料老人ホーム	老人福祉法に基づく高齢者向けの生活施設。多くの場合営利企業が経営しており、居住権形態では(終身)利用権方式、賃貸借方式、終身建物賃貸借方式がある。またサービス内容によって、介護保険の指定を受けて特定施設入居者生活介護サービスが提供される「介護付き有料老人ホーム(一般型／外部サービス利用型)」、生活支援等のサービスが提供され、介護が必要になった場合は外部の居宅サービスを利用できる「住宅型有料老人ホーム」、介護が必要になった場合は退去することになる「健康型有料老人ホーム」の3タイプに分けられる。介護付き有料老人ホームについては、要介護認定者のみが入居できるものを「介護専用型」、要支援認定者や自立者も入居できるものを「混合型」と呼称する。
要介護状態／要介護認定者	要介護認定者とは、介護認定審査会における審査判定を経て、要介護状態にあると認定された者をいい、要介護状態とは、身体上または精神上の障害があるために、日常生活における基本的な動作について、常時介護を要すると見込まれる状態をいう。要介護状態には、要介護1から要介護5まで5つ区分が設けられており、その区分を要介護状態区分(要介護度もしくは介護度と通称される)という。
要支援状態／要支援認定者	要支援認定者とは、介護認定審査会における審査判定を経て、要支援状態にあると認定された者をいい、要支援状態とは、身体上もしくは精神上の障害があるために、日常生活における基本的な動作について常時介護を要する状態の軽減もしくは悪化の防止に支援を要する、または日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態をいう。要支援状態には、要支援1と要支援2の2つの要支援状態区分が設けられている。介護保険法上、要介護状態の類型ではなく、別に区分して定義されているが、「要介護認定」や「要介護認定等」などの表現で総称されることも多い。
リハビリテーション専門職	理学療法士及び作業療法士法による国家資格を持ち、医師の指示により、身体または精神に障害のある人に対して、手芸、工作、歌、ダンス、ゲームなどの作業療法によってリハビリテーションを行う専門技術者や、身体機能の回復を電気刺激、マッサージ、温熱その他理学的な手段で行う専門技術者等。
レクリエーション	レクリエーションはラテン語が語源とされ、英語では元気回復や滋養等が古い用例としてあり、日本の初期の訳語では復造力や厚生などがある。現在では生活の中でゆとりと楽しみを創造していく多様な活動の総称となっている。介護福祉領域などでは、人間性の回復などの理解もみられる。介護保険制度下では、通所介護や施設などで行われている。

宇城市高齢者保健福祉計画・
第9期介護保険事業計画

令和6年3月

発行 熊本県 宇城市
福祉部 高齢介護課

〒869-0592

熊本県宇城市松橋町大野85番地

TEL：0964-32-1111（代表）
