

第8期みやま市高齢者保健福祉計画 及び介護保険事業計画 令和3年度～令和5年度



すべての市民が住み慣れた地域で
自分らしく健やかに暮らすことのできる
支えあいのまちづくり

令和3年3月
みやま市

目 次

総 論	1
第1章 計画策定にあたって	3
1 計画の背景・趣旨	3
2 介護保険に関する国の主な動向	4
3 地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部改正の概要	5
4 計画の性格・法的根拠	6
5 計画の位置づけ	6
6 計画の期間	7
7 日常生活圏域の設定	8
8 計画策定に向けた主な取組み	8
9 計画の推進	9
10 計画の達成状況の点検と評価方法	9
第2章 高齢者を取り巻く現状と課題	10
1 総人口と高齢者の様子	10
2 要支援・要介護認定者の現状	12
3 介護給付費の状況	13
4 介護予防・日常生活圏域二一ズ調査結果	15
5 在宅介護実態調査結果	23
6 介護人材実態調査結果	26
7 本市の現状から見えてきた課題の整理	29
第3章 計画の基本的な考え方	30
1 計画の基本理念	30
2 基本理念が実現したみやま市の姿	31
3 基本目標	32
4 施策体系	33
各 論	35
第1章 生涯現役社会の実現と自立支援の推進	37
1 高齢者の社会参加の促進	39
2 健康づくりの推進	40
3 自立支援に向けた介護予防・日常生活支総合事業の充実	41
4 保健事業と介護予防の一体的実施の推進	47
5 多様な通いの場の創出	49
第2章 認知症施策の推進	50
1 認知症の理解と普及・啓発、本人発信支援の推進	51
2 認知症の予防の推進	53
3 認知症医療・ケア・介護サービス・介護者への支援の推進	54
4 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援の推進	56
第3章 在宅医療と介護の連携推進	59

1	在宅医療・介護連携の推進	60
第4章	多様な住まい・サービス基盤の整備	64
1	地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進	65
2	高齢者在宅福祉サービスの提供	66
3	高齢者の見守りネットワークの構築と生活支援サービスの提供	67
4	高齢者向け住まいの確保の推進	69
5	高齢者の移動手手段の確保	70
6	防災対策・感染症対策の推進	71
第5章	高齢者の虐待防止・権利擁護	73
1	高齢者の虐待防止・権利擁護の推進	74
2	成年後見制度の利用促進	75
第6章	地域包括支援センターの機能・運営の強化	78
1	2025年・2040年を見据えた地域包括支援センターの機能強化と事業推進	79
第7章	介護人材の確保・介護サービスの質の向上	84
1	介護給付の適正化に向けた取り組みの推進	85
2	多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みの推進	87
3	介護サービスの質の確保・向上に向けた取り組みの推進	89
第8章	介護保険事業量の見込み及び保険料の設定	90
1	認定者の状況と今後の予測	90
2	介護保険サービスの基盤整備	91
3	介護給付費等対象サービスの見込み	92
4	総事業費	108
5	第8期保険料の算定	110
資料編		117
1	地区分析	119
2	みやま市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定協議会規則	127
3	みやま市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定協議会委員名簿	129

総論

第1章 計画策定にあたって

1 計画の背景・趣旨

平成12年にスタートした介護保険制度は、3年を1期とした第7期21年が経過しました。その間、国においては年金や医療、介護・障害福祉といった社会保障給付費が上昇し続けてきましたが、2025年には団塊の世代が75歳以上となり、介護や医療のニーズがさらに高まることが予想されています。

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

しかし、本市の65歳以上の高齢者人口については、令和2年（2020年）にピーク迎え、その後、緩やかに減少していくことが予測されていますが、今後、65歳以上の高齢者人口に対し、現役世代（担い手）の減少が顕著であり、介護人材の不足等、高齢者介護を支える人的基盤の確保が困難となります。

本市では、これまでの介護予防の取組を活かした「介護予防・日常生活支援総合事業」や高齢者の住み慣れた地域で「住まい」、「医療」、「介護」、「生活支援・介護予防」が包括的に提供される地域包括ケアシステムの早期実現を図ってきました。

今後も、高齢者の抱える多様な課題やニーズに対応していくために、高齢者の健康づくりや生きがいづくり、互いに支え合う「自助・互助・共助・公助」の考え方に立った、地域全体で支え合う仕組みづくりとなる「地域包括ケアシステム」を深化・推進していくことが重要となります。

このようなことから国は、第8期計画策定に向けた基本方針として、「介護予防・地域づくりの推進、認知症施策の総合的推進」、「地域包括ケアシステムの推進」、「介護現場の革新」の3つの目標を掲げています。

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

このため、高齢者福祉サービスの整備（公助）を検討しつつ、多くの高齢者が健康で、仕事や地域の中の活動などで役割を担いつつ活躍できる取組み（自助・互助）の充実を図っていくことを目指し、2025年を見据えた中長期的な計画の3期目の計画として、『第8期みやま市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画』を策定します。

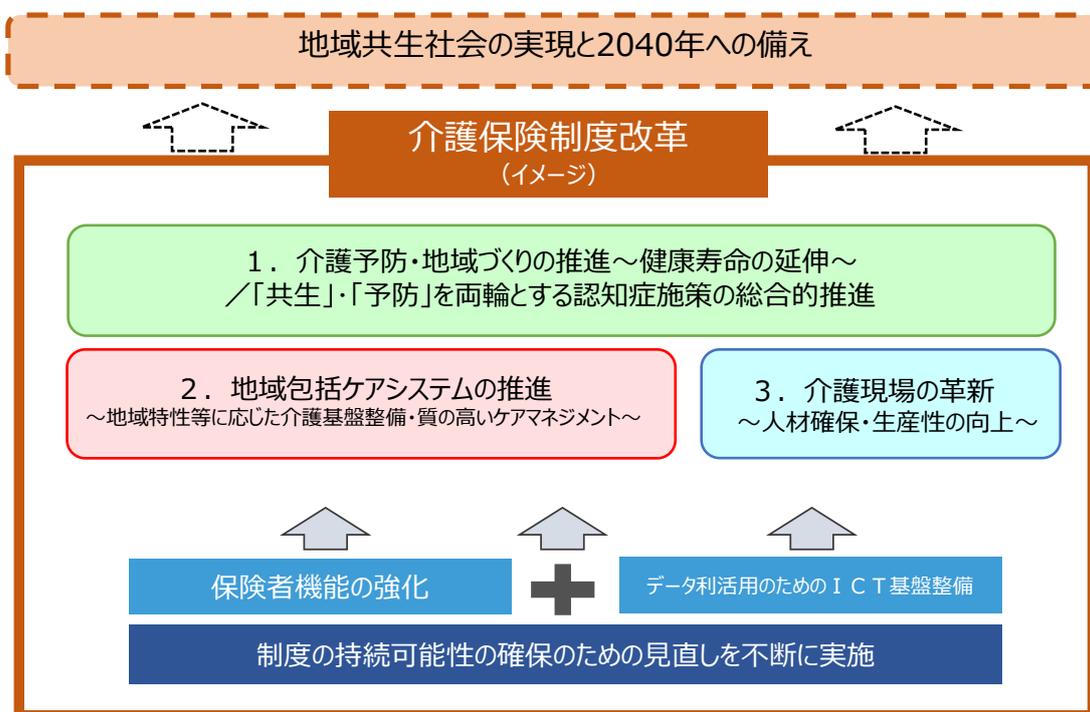
2 介護保険に関する国の主な動向

日本は、全人口が2040年に約1億1000万人となり、現役世代がピークを迎えると推計されていることから、社会保障の持続可能性が大きな課題となっています。

また、暮らしや地域の在り方が多様化する中で、一人ひとりが尊重され、社会とつながり暮らしていく「地域共生社会」の実現が重視されています。

こうした状況を踏まえ、第8期計画策定に向けた基本方針として、地域共生社会の実現と2040年への備えを目指すために「1. 介護予防・地域づくりの推進～健康寿命の延伸～／「共生」・「予防」を両輪とする認知症施策の総合的推進」「2. 地域包括ケアシステムの推進～地域特性等に応じた介護基盤整備・質の高いケアマネジメント～」「3. 介護現場の革新～人材確保・生産性の向上～」の目標を掲げています。

また、高齢者の自立支援・重度化防止などに向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう制度化されたのが、保険者機能強化推進交付金制度です。



保険者機能強化推進交付金（令和元年度）

I. PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築

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

II. 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進

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

III. 介護保険運営の安定化に資する施策の推進

介護給付の適正化	介護人材の確保
----------	---------

3 地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部改正の概要

近年、高齢化や単身世帯の増加、社会的孤立などの影響により、人々が暮らしていくうえでの課題は、様々な分野の課題が絡み合って「複雑化」し、また、個人や世帯において複数の分野にまたがる課題を抱えるなど「複合化」しています。

このような人々の暮らしの変化や社会構造の変化を踏まえ、人々が様々な地域生活課題を抱えながらも、住み慣れた地域で自分らしく暮らしていけるよう、地域住民等が支え合い、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ことのできる「地域共生社会」の実現に向けた体制整備などが進められています。

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

～改正の概要～

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

【社会福祉法、介護保険法】

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

2. 地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進

【介護保険法、老人福祉法】

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

3. 医療・介護のデータ基盤の整備の推進

【介護保険法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】

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

4. 介護人材確保及び業務効率化の取組の強化

【介護保険法、老人福祉法、社会福祉法及び介護福祉法等の一部を改正する法律】

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

5. 社会福祉連携推進法人制度の創設

【社会福祉法】

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

※厚生労働省地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律（令和2年法律第52号）の概要

「地域共生社会」とは

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

（平成29年2月7日厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部決定）

4 計画の性格・法的根拠

本計画は、老人福祉法に基づく市町村老人福祉計画と、介護保険法に基づく市町村介護保険事業計画を一体的に作成するものです。

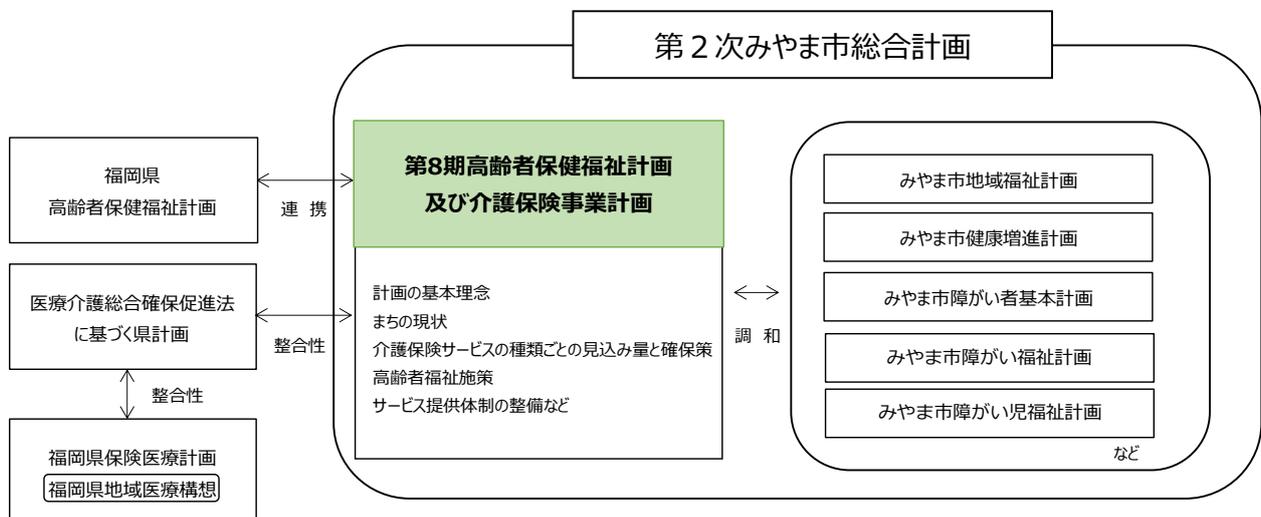
～根拠法令～

老人福祉計画 (老人福祉法)	○第20条の8第1項 「市町村は、老人居宅生活支援事業及び老人福祉施設による事業（以下「老人福祉事業」という。）の供給体制の確保に関する計画（以下「市町村老人福祉計画」という。）を定めるものとする。」 ○第20条の8第7項 「市町村老人福祉計画は、介護保険法第117条第1項に規定する市町村介護保険事業計画と一体のものとして作成されなければならない。」
介護保険事業計画 (介護保険法)	○第117条第1項 「市町村は、基本指針に即して、3年を一期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画を定めるものとする。」 ○第117条第6項 「市町村介護保険事業計画は、老人福祉法第20条の8第1項に規定する市町村老人福祉計画と一体のものとして作成されなければならない。」

5 計画の位置づけ

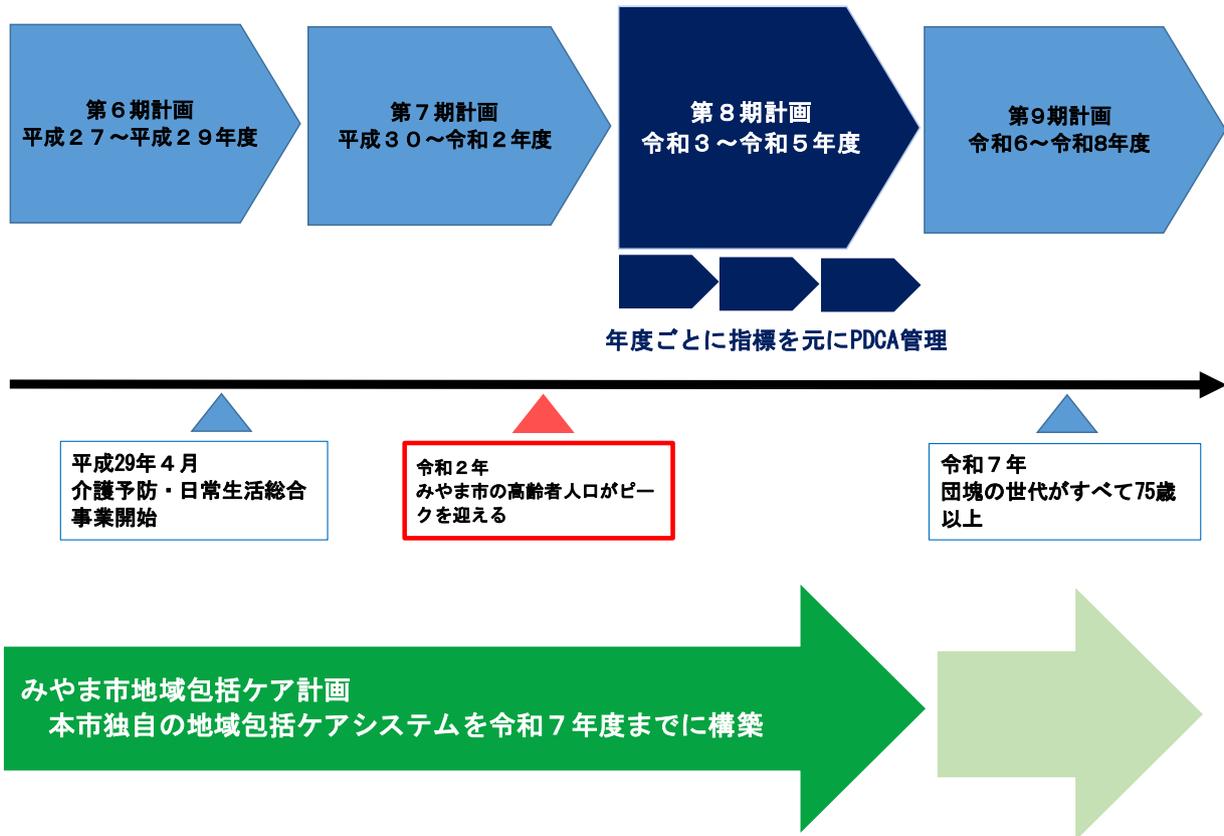
本計画は、みやま市総合計画をはじめ、本市の各種個別事業計画と調和のとれた計画としています。また、県が策定する高齢者保健福祉計画や保健医療計画、地域医療構想との整合性を図りながら策定しています。

さらに、本計画を、本市の特性を活かした地域包括ケアシステムを深化・推進していくための「みやま市地域包括ケア計画（令和3年度～令和5年度）」並びに、介護給付等に要する費用の適正化を推進するための「みやま市介護給付適正化計画（令和3年度～令和5年度）」として位置づけます。



6 計画の期間

介護保険法第117条第1項の規定に基づき、令和3年～令和5年度までの3年間に計画期間とします。



みやま市地域包括ケア計画としてのPDCAサイクル

第6期	第7期	第8期	第9期
PLAN 計画	DO 実行	CHECK 評価	ACTION 改善
地域包括ケアシステムの基本構想づくり	広がり意識した事業の展開担い手の確保	第7期評価に基づく令和7(2025)年度に向けた効率性・安定性の確保	新たな10年間に向けた取組の深化

7 日常生活圏域の設定

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

日常生活圏域とは、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、公的介護施設等の整備状況、その他の条件を総合的に勘案して、本市が定める必要があります。本市においてはこれまで、市内全体を1つの日常生活圏域として設定し、地域密着型サービスを中心とした介護基盤の整備に取り組んできました。

本計画期間における日常生活圏域についても、これまでと同様に市内全体を1つの圏域と設定し、地域包括ケアシステムの構築を図ります。

人口	面積	人口密度	0～64歳	65歳以上		高齢化率	
				65～74歳	75歳以上		
37,148人	105.2km ²	353人/km ²	23,330人	13,818人	6,572人	7,246人	37.2%

資料：総務省 令和2年1月時点の住民基本台帳

8 計画策定に向けた主な取組み

(1) 計画策定に関する協議

本計画を検討するため、医療・保健・福祉関係者、地域団体関係者等で構成するみやま市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定協議会を設置し、計画策定に係る協議を行いました。

(2) 庁内関係部署へのヒアリング

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

(3) ニーズ調査の実施

計画の策定に先立ち、国の基本指針等に基づく「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」「在宅介護実態調査」「介護人材実態調査」を実施し、施策の検討を行うための基礎資料としました。

(4) パブリックコメント（意見公募手続き）

本計画の素案段階で公表し、市民から意見や提案を募集することを目的に、パブリックコメントを実施しました。期間中に寄せられた意見を踏まえて策定しています。

実施方法：市ホームページの掲載。市役所本庁・山川支所・高田支所で閲覧。

実施期間：令和3年1月15日～令和3年2月5日

意見件数：意見の提出人数 1名

意見の件数 1件

9 計画の推進

本計画は、取組内容と目標を、関係機関、関係者が共有しながら、介護支援課を中心に庁内関係部局が連携して、各種施策及び事業を推進します。

また、地域包括ケアシステムの早期実現を目指し、市民をはじめ各種団体、事業者、地域などの協働により、計画を推進します。

10 計画の達成状況の点検と評価方法

本計画の着実な推進のため、みやま市介護保険運営協議会等において、地域マネジメントによる取組の把握、分析、評価を行い、必要があると認めるときは、計画の変更、見直しなどの措置を講じます。

第2章 高齢者を取り巻く現状と課題

1 総人口と高齢者の様子

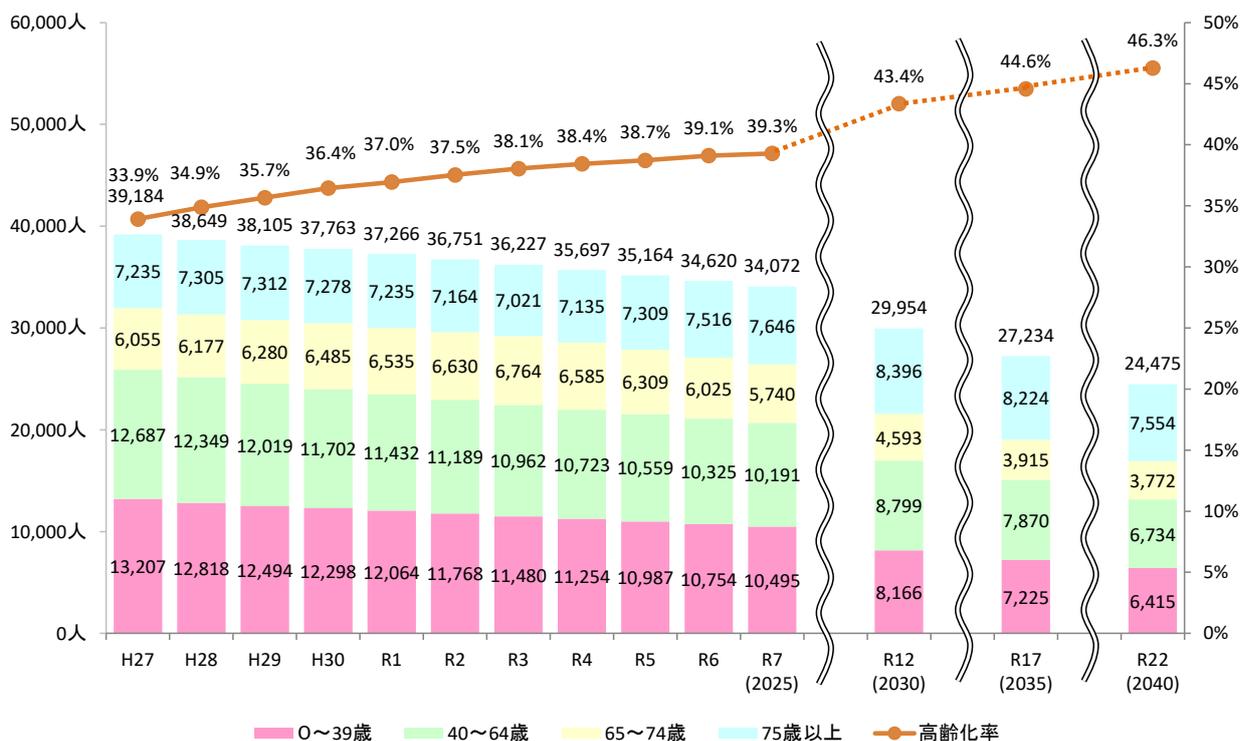
本市の総人口は、平成27年の39,184人から令和2年には36,751人となり、2,433人の減少となっていますが、令和22年（2040年）には24,475人になると予測されます。

一方、65歳以上の高齢者人口は、平成27年の13,290人から増加を続け令和2年（2020年）に13,794人でピークを迎え、その後は減少に転じると予測されます。

これは、令和2年までは総人口の減少と高齢者人口が増加することにより高齢化率は上昇しますが、令和2年（2020年）以降高齢者人口が減少に転じても高齢化率は上昇を続け、第2次ベビーブーム期（1971年～1974年）に生まれた世代が65歳以上となる令和22年（2040年）には高齢化率が46.3%に達し、2人に1人が65歳以上高齢者となることが見込まれます。

現役世代（生産年齢人口）が減少する中、第1号被保険者（65歳以上）の介護サービスの利用の増加や介護度の重度化が進んだ場合には、増え続ける社会保障給付費を賄えるだけの保険料収入を確保することが困難となることだけでなく、介護サービスを担う人材が不足して、サービスの円滑な供給に支障を来すことが考えられます。

（1）総人口の推移



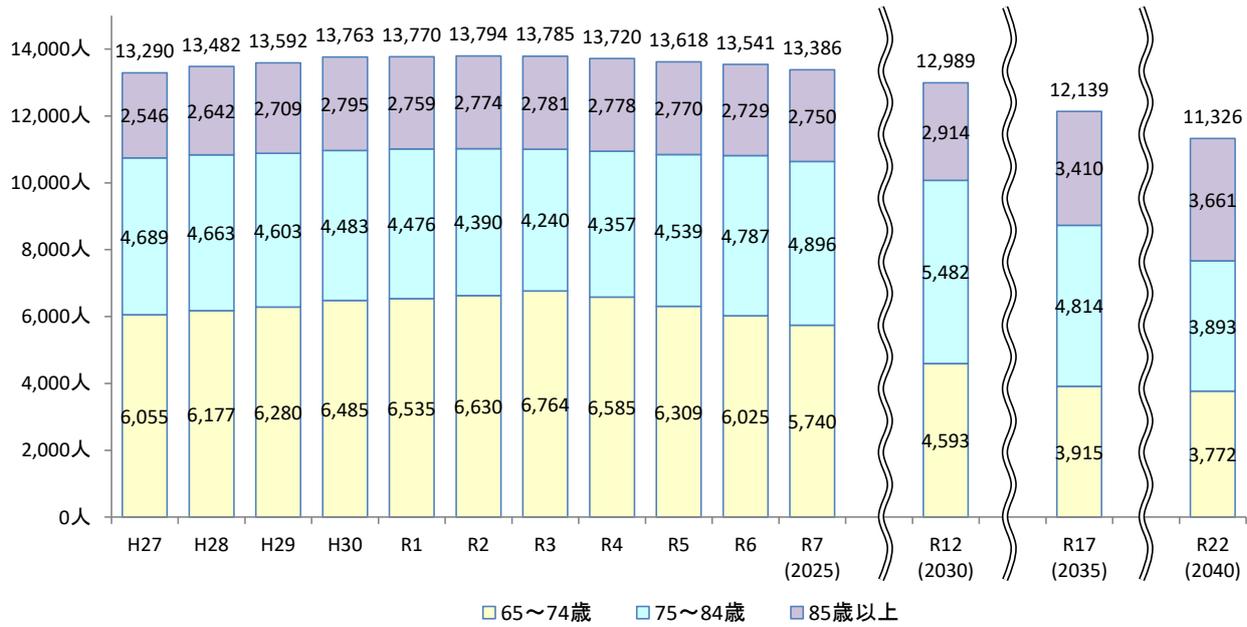
※平成27年～令和元年 各年10月時点の住民基本台帳

※令和2年～令和7年 住民基本台帳を基にしたコーホート変化率推計

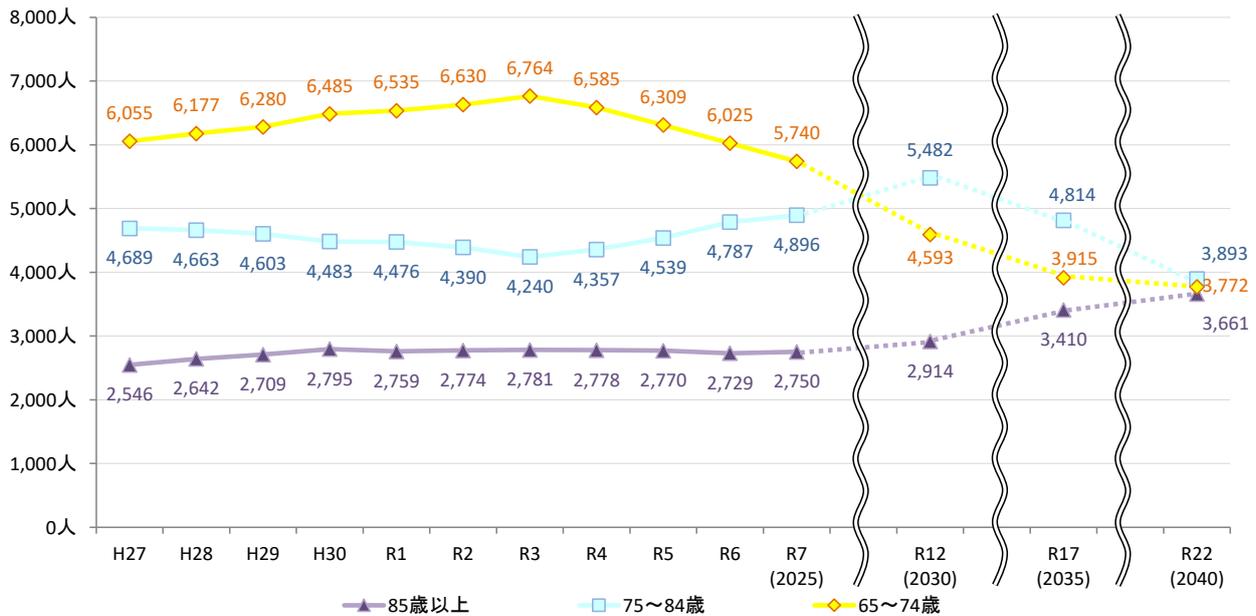
※令和12年以降 国勢調査人口を基にした社会保障人口問題研究所推計（補正值）

注意：本推計は住民基本台帳のデータに基づくものであるため、時点やその他の要因により本市他計画等における各種計画値及び目標値とは異なる場合がある。

(2) 高齢者人口の推移と予測



(3) 高齢者人口の3年齢別の増減推移と予測



※平成27年～令和元年 各年10月時点の住民基本台帳

※令和2年～令和7年 住民基本台帳を基にしたコーホート変化率推計

※令和12年以降 国勢調査人口を基にした社会保障人口問題研究所推計（補正值）

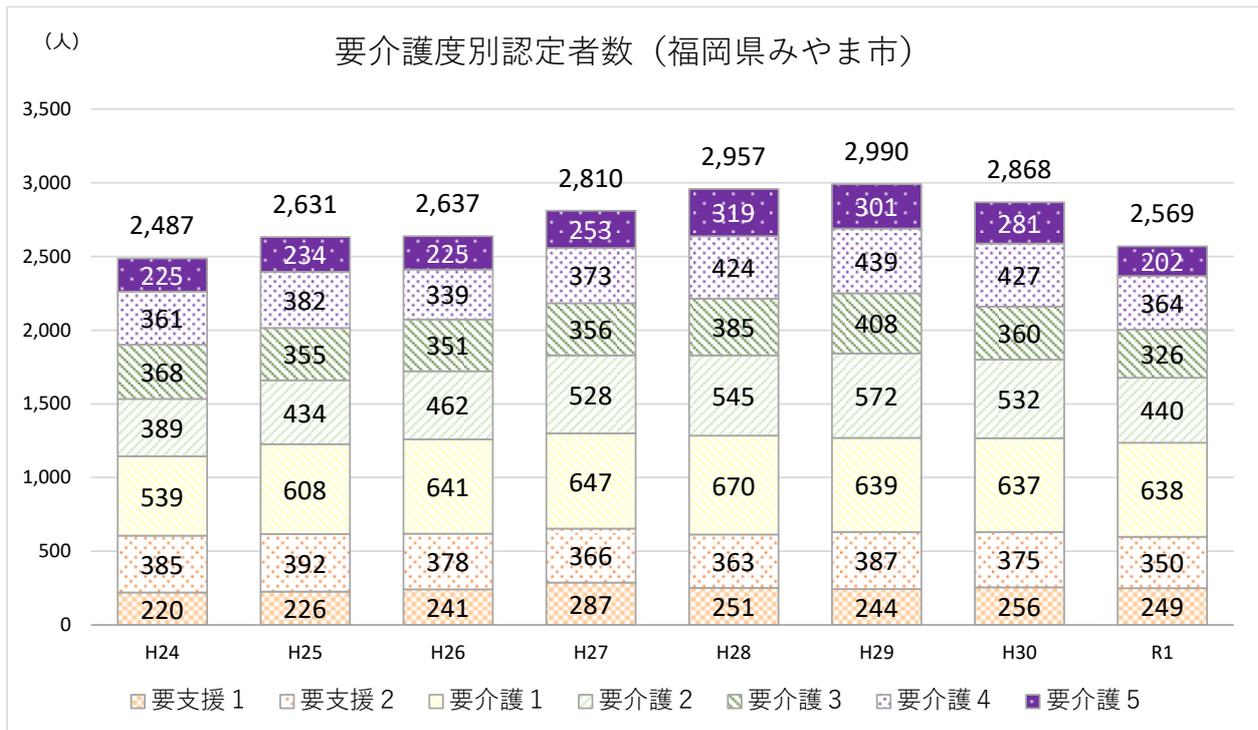
注意：本推計は住民基本台帳のデータに基づくものであるため、時点やその他の要因により本市他計画等における各種計画値及び目標値とは異なる場合がある。

2 要支援・要介護認定者の現状

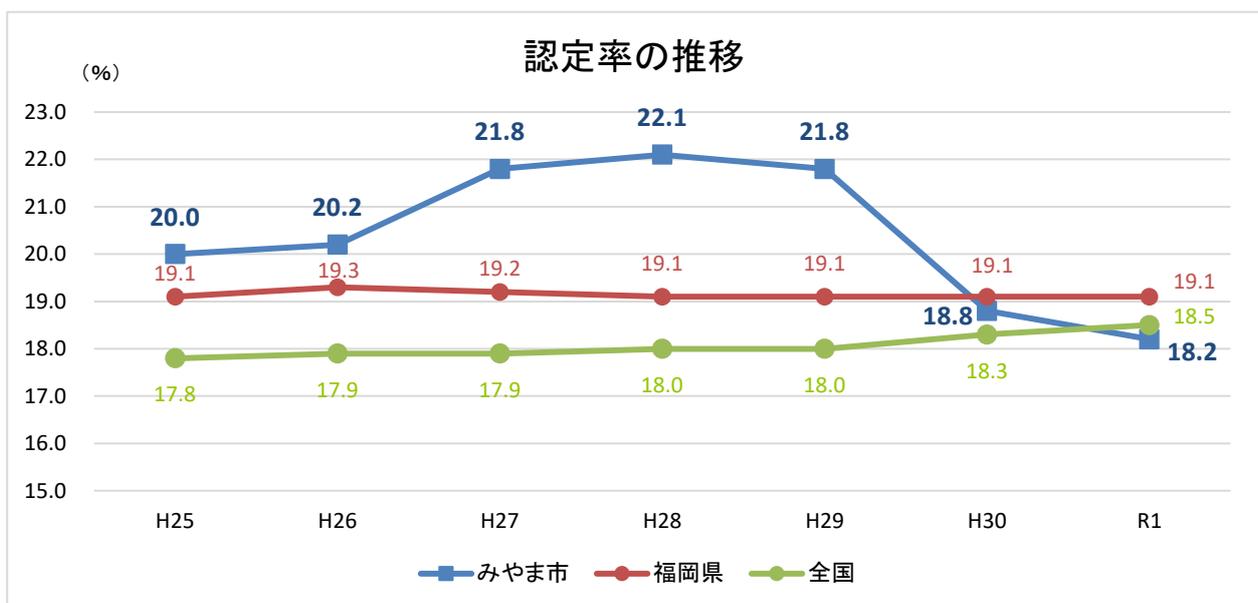
要支援・要介護認定者数の推移は、平成29年までは増加傾向が続き、2,990人となりましたが、その後減少に転じています。その要因は、平成29年4月より日常生活支援・総合事業に取り組んできたことが減少に繋がったと考えられます。

そのため、令和元年の認定率で比較すると、国（18.5%）、県（19.1%）に比べて低い認定率となっています。

今後は、介護ニーズの高い85歳以上高齢者人口の増加が見込まれるため、より介護予防への取組みを推進し、市民へ介護予防に関する意識啓発を図っていく必要があります。



※地域包括ケア見える化システム 厚生労働省「介護保険事業状況報告」9月月報

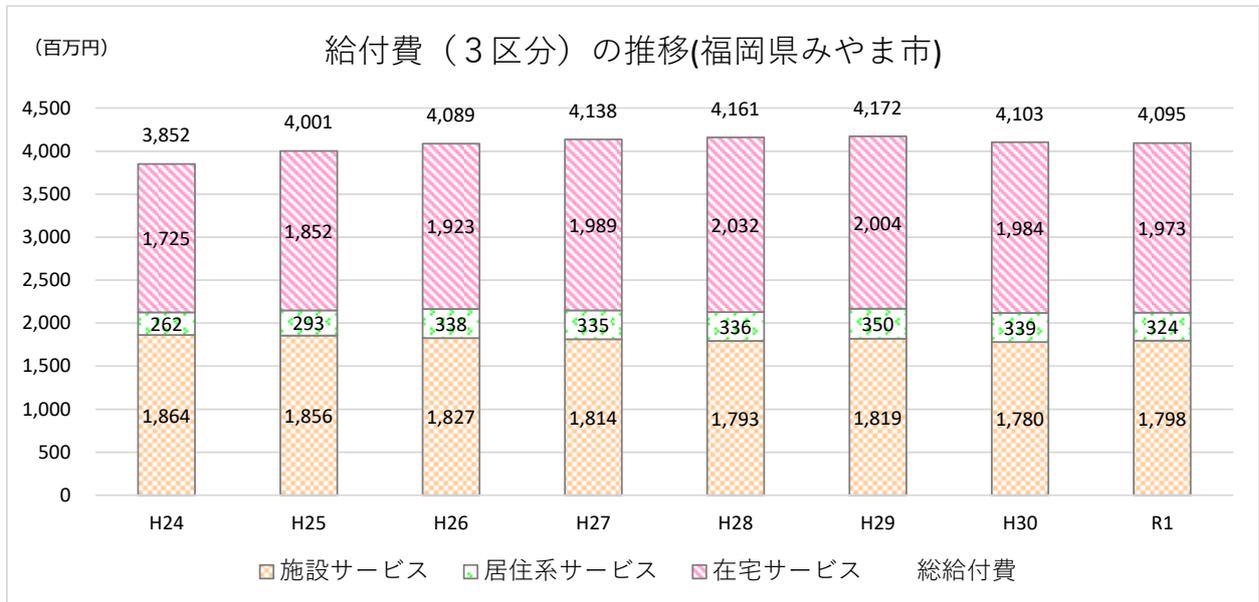


※平成25～30年度：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」、令和元年度：「介護保険事業状況報告（3月月報）」

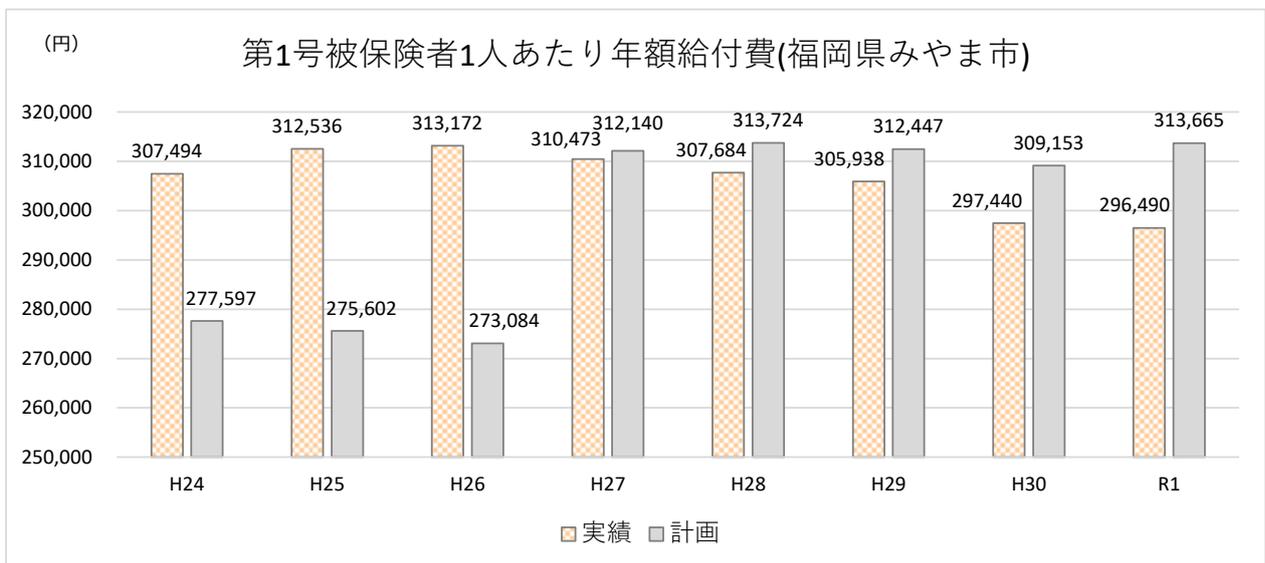
3 介護給付費の状況

(1) 介護給付費の推移

総給付費は、総合事業の開始に伴い要支援者の訪問介護と通所介護の費用が、地域支援事業に移行（予算枠の変更）となりました。平成30年以降認定者数の減少もあり総給付費は減少傾向にあります。また、内訳をみると施設サービスと居住系サービスはほぼ横ばい、在宅サービスは減少傾向にあります。



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



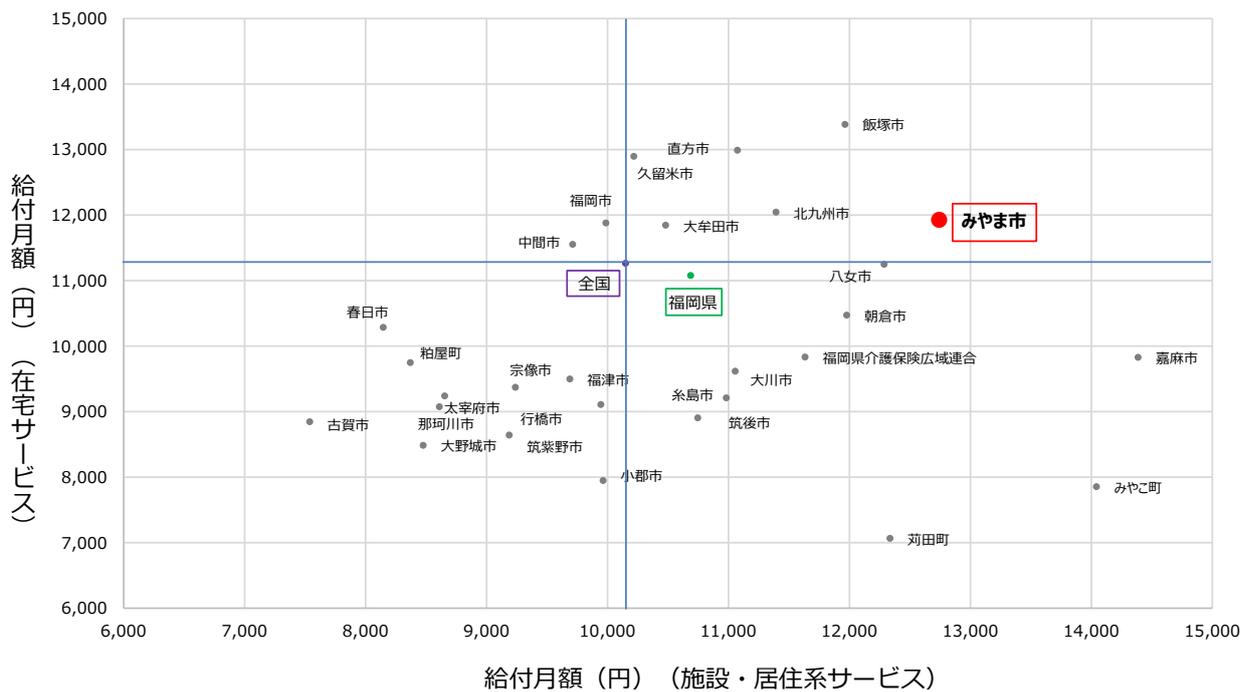
※地域包括ケア見える化システム「第1号被保険者1人あたり給付費」は「総給付費」を「第1号被保険者数」で除して算出

(2) 施設・居住系サービス・在宅サービス給付月額（第1号被保険者）

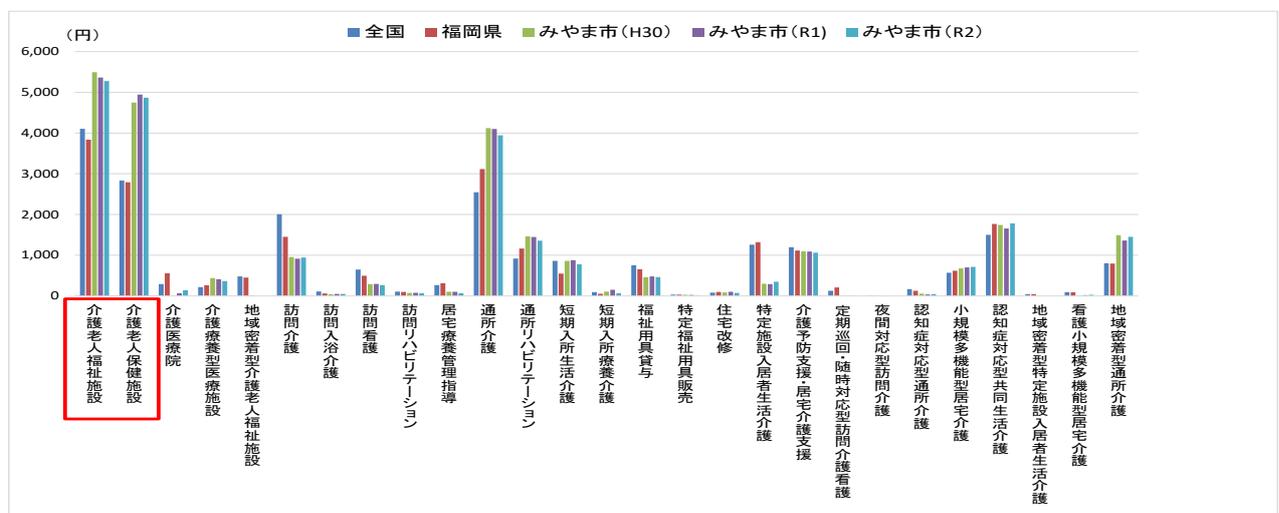
第1号被保険者1人当たりの給付月額は、施設・居住系サービス、在宅系サービスが国・県よりも上回っており、特に介護老人福祉施設、介護老人保健施設の給付月額が第7期計画期間である3年間、国・県を上回っています。

しかし、要介護度の高い方、重度の認知症の方が在宅生活を望んでいる場合、在宅生活を支える訪問介護サービスの不足や在宅環境が「老老介護」等の状況であれば、在宅生活が困難になる可能性が高くなり、施設サービスの利用が必要となります。

このような在宅生活の維持が難しい方への対応の一つとして、日中・夜間を問わないサービスの整備を検討していく必要があります。



資料：地域包括ケア「見える化」システム
D6 第1号被保険者1人あたり給付月額（在宅サービス・施設および居住系サービス）_2020_地域別



資料：地域包括ケア「見える化」システム D13 第1号被保険者1人あたり給付月額（サービス種別）_2020_地域別
（時点）令和2年（2020年）（出典）厚労省「介護保険事業状況報告」年報、令和2年のみ「介護保険事業状況報告」月報

4 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果

(1) 調査概要

高齢者福祉・介護保険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事情等を調査・分析し、計画の基礎資料とすることを目的に、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を実施しました。

① 調査対象者

令和2年3月1日現在、在宅で暮らす65歳以上の介護認定を受けていない方、総合事業対象者、要支援1・2の介護認定を受けている方の中から無作為抽出。

② 調査期間

令和2年3月12日～3月27日

③ 回収率

有効回収率 52.8% 3,126件／5,920件

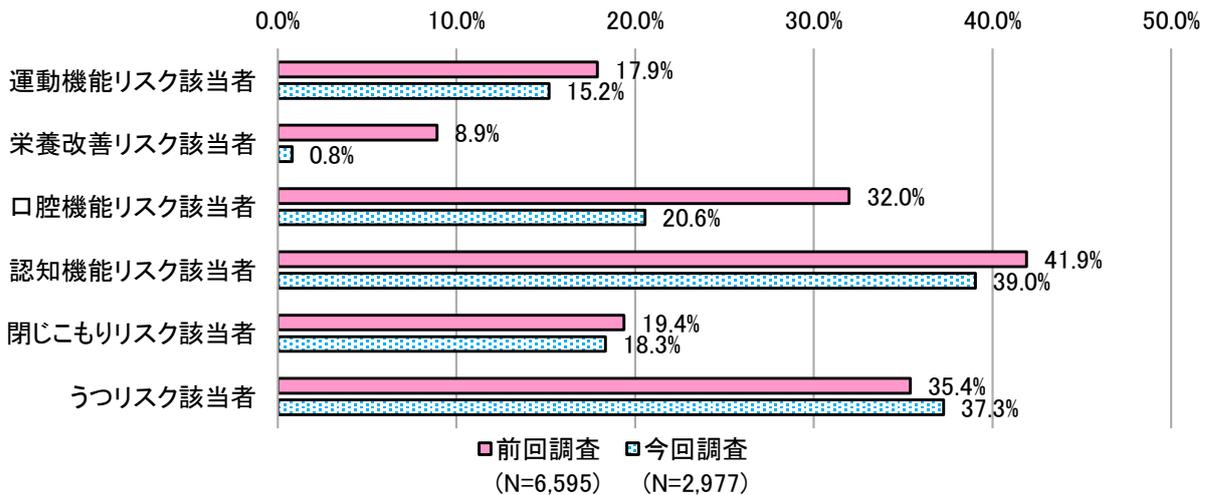
(2) 調査結果（経年評価）

① リスク該当者経年評価

市全体でみると、一般高齢者のリスク該当者の割合が、うつリスク以外において、前回調査よりも減少していました。特に栄養改善リスク、口腔機能リスクの割合の減少が顕著となっています。

一方、運動機能リスク、認知機能リスク、閉じこもりリスクの該当者の割合に大きな変化はなく、保健事業と介護予防の一体的な事業を含めた高齢者のフレイル対策が重要と考えられます。

市全体のリスク者割合 ※一般高齢者のみ



※前回調査（平成29年度 N=6,944）、今回調査（令和元年度 N=3,126）

② 地域での活動の様子（会やグループ等への参加頻度）・経年評価

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。

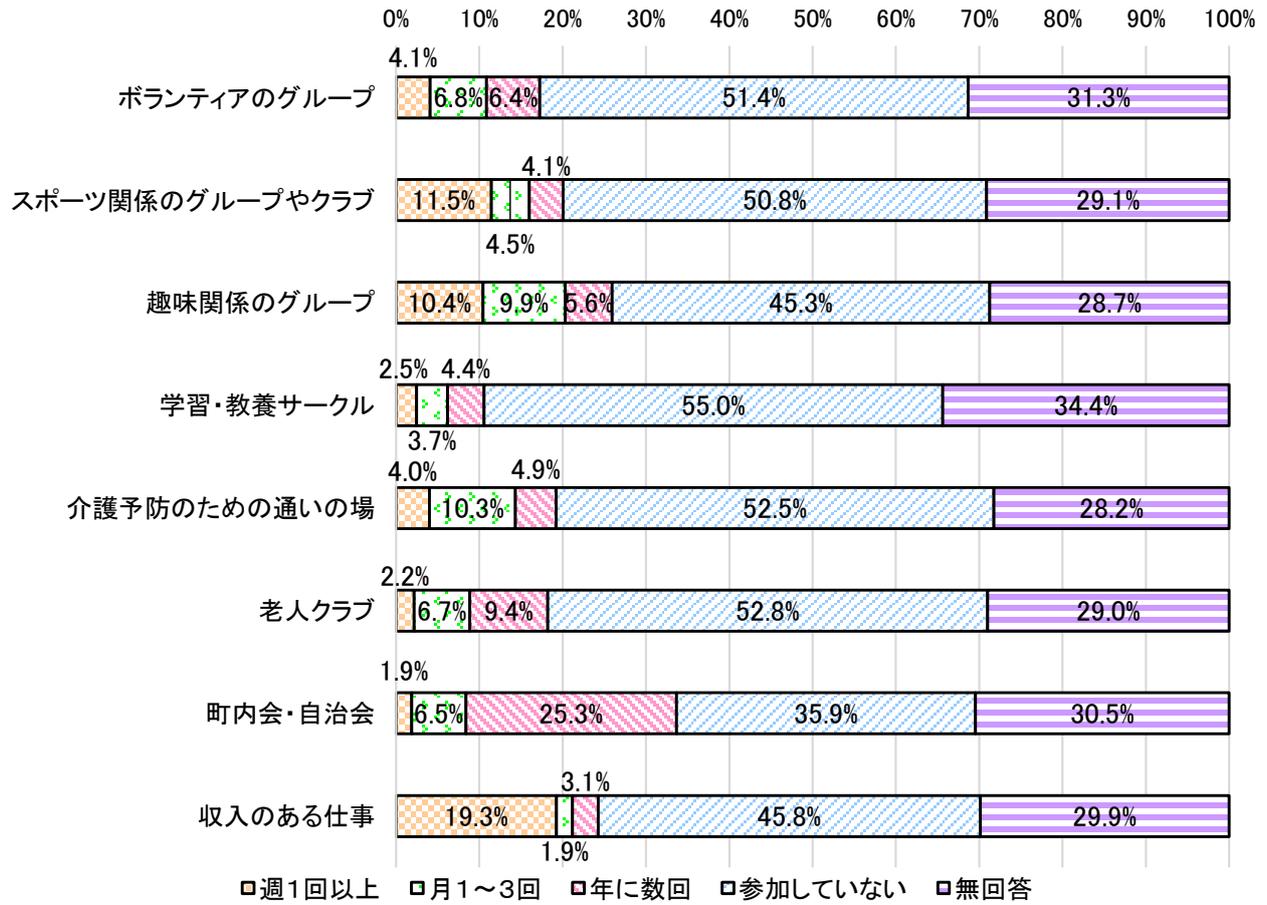
という問いについて、「収入のある仕事」「趣味関係のグループ」「スポーツ関係のグループやクラブ」などの参加頻度が高くなっています。

また、週1回以上社会参加をしている方の経年評価を行いました。

その結果、前回調査と比較して「ボランティアのグループ」「スポーツ関係のグループやクラブ」「趣味関係のグループ」「収入のある仕事」に週1回以上参加している方の割合が増加していました。

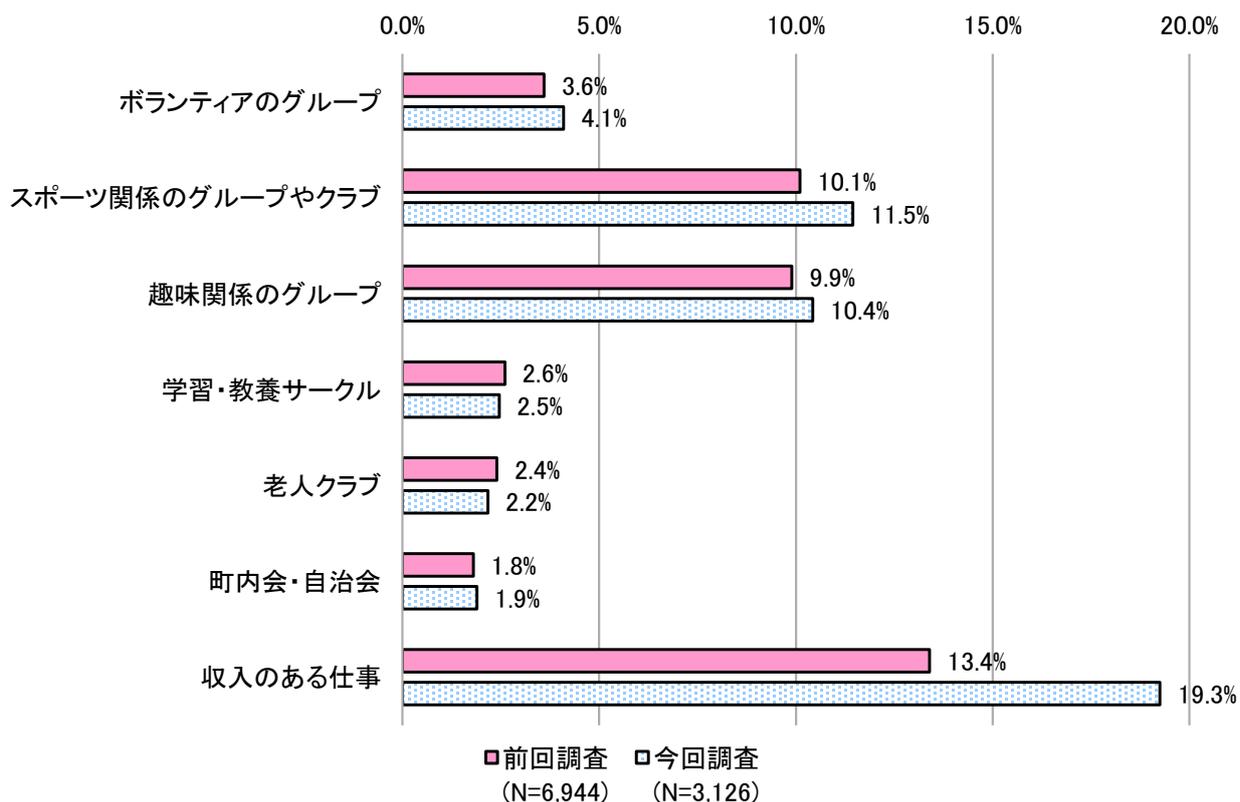
今後は、地域支援事業だけでなく、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施との連携などにより、参加割合の高い「スポーツ関係のグループやクラブ活動」「趣味関係のグループやクラブ」の機会を通じ、こういった方が参加し、こういった活動を行っているのか把握すること、さらに個別の支援が必要な方へのアプローチを行っていくことが重要だと考えられます。

社会参加の状況



※前回調査（平成29年度 N=6,944）、今回調査（令和元年度 N=3,126）

週1回以上の社会参加



(3) 生活支援体制整備に向けて

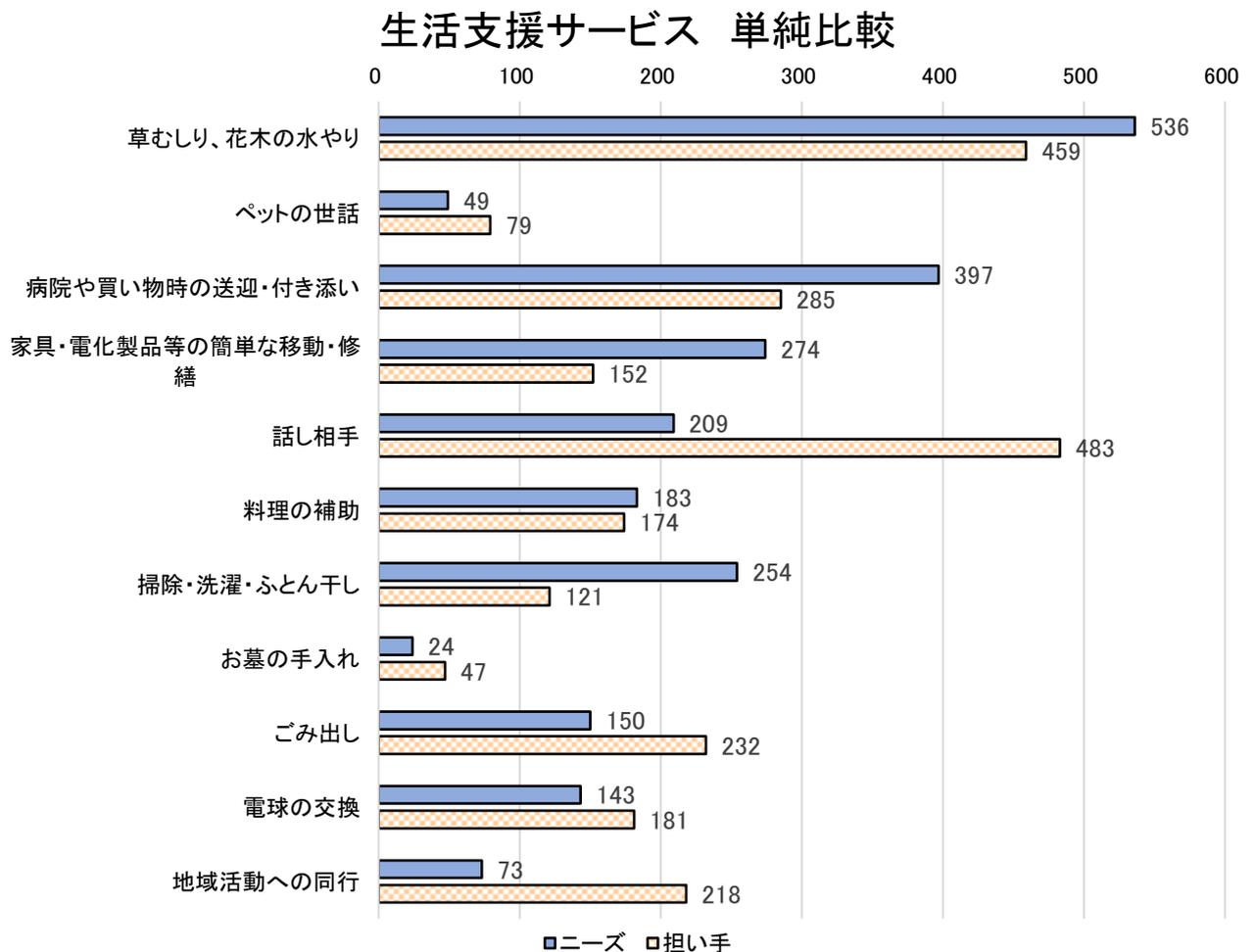
① 生活支援サービスの希望

問：次の生活支援サービスのうち、受けてみたいと思うもの（複数回答）

問：次の生活支援サービスのうち、地域のためになるなら手伝ってもいいと思うもの（複数回答）

上記2問を同じ選択肢で作成し、その結果を比較しました。

利用希望者が多かったサービスは、「草むしり、花木の水やり（536名）」「病院や買い物の送迎・付き添い（397名）」「家具・電化製品等の簡単な移動・修繕（274名）」「掃除・洗濯・ふとん干し（254名）」などとなっています。



② 生活支援サービスのマッチング結果

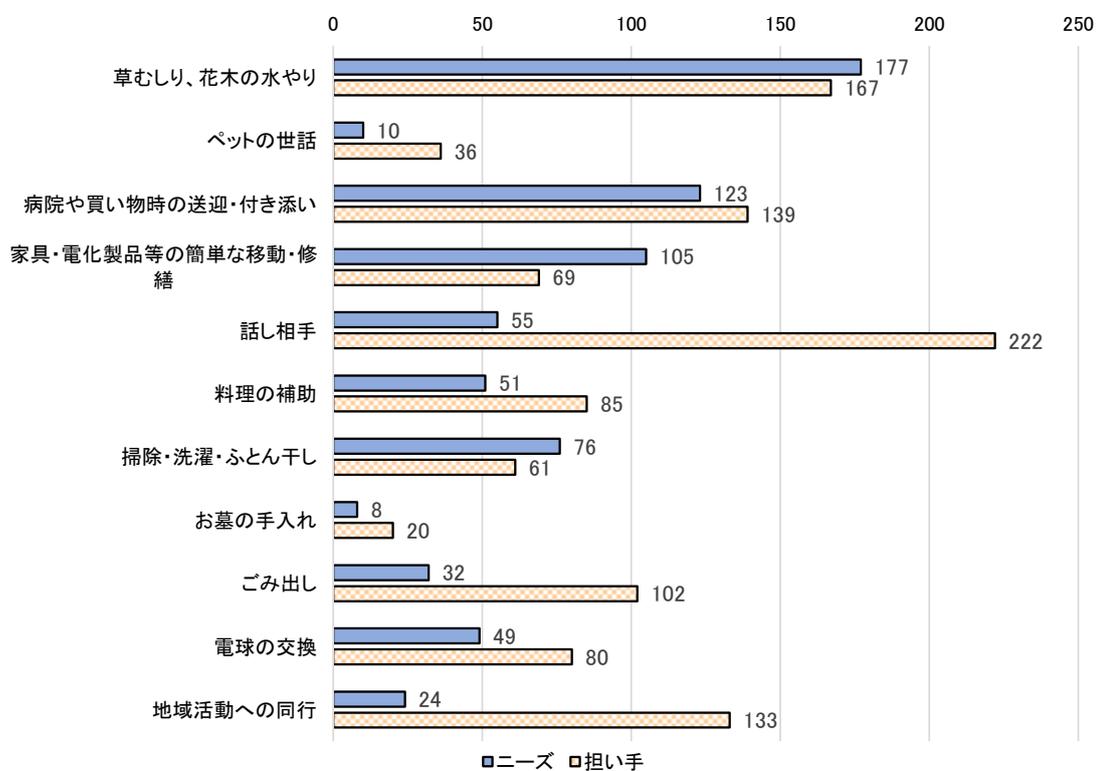
より具体性のあるサービスの需給体制の検討に向け、生活支援サービスの利用者、担い手として、それぞれ以下の条件に合致する方を抽出しました。

分類	条件	対象者
生活支援利用者	①生活支援サービスのニーズの一つ以上回答した方 ②生活支援ニーズ利用に自己負担可に回答した方	357人
生活支援担い手	①生活支援サービスの提供の一つ以上回答した方 ②生活支援ボランティア養成講座に受講意向がある方 ③地域のお世話係として活動意向やすでに活動があると回答した方	446人

前述の条件に一致する方の生活支援サービスの利用意向と参加意向をマッチングした結果、以下のとおりとなりました。

生活支援サービスのほとんどの項目で担い手が確保されマッチングの可能性がります。今後、これら生活支援の利用者と生活支援ニーズに関するマッチング結果を基に、介護予防事業や生活支援体制整備事業における事業規模の推計、通いの場の参加者や生活支援サービスの利用者予測を行うことが重要となります。

生活支援サービス 条件付きマッチング



(4) 認知症支援について

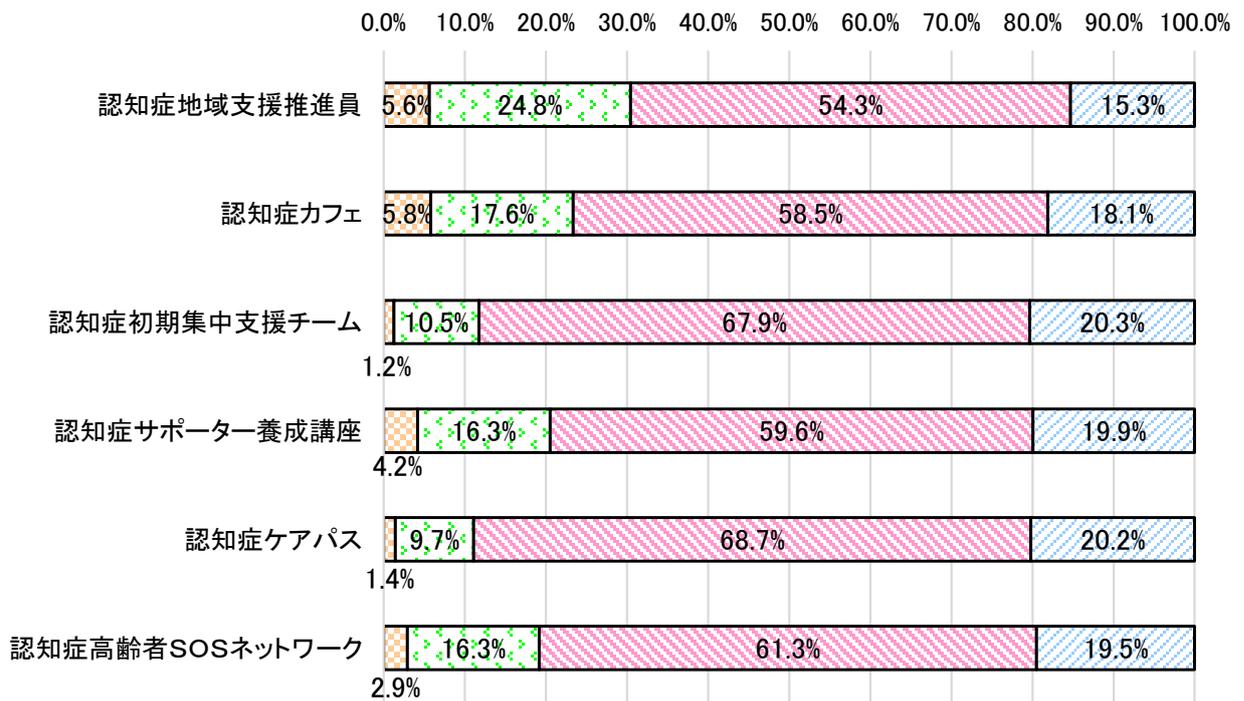
① 認知症に関する施策の認知度

問：認知症に関する以下のような事業を知っているか

という問いについて、分析を行った結果、全ての施策において、5割以上の方が「聞いたことがない」と回答しました。

今後、制度自体の周知が必要と考えられます。

認知症施策の認知度



□聞いたことがあるし、内容も理解している
□聞いたことがない

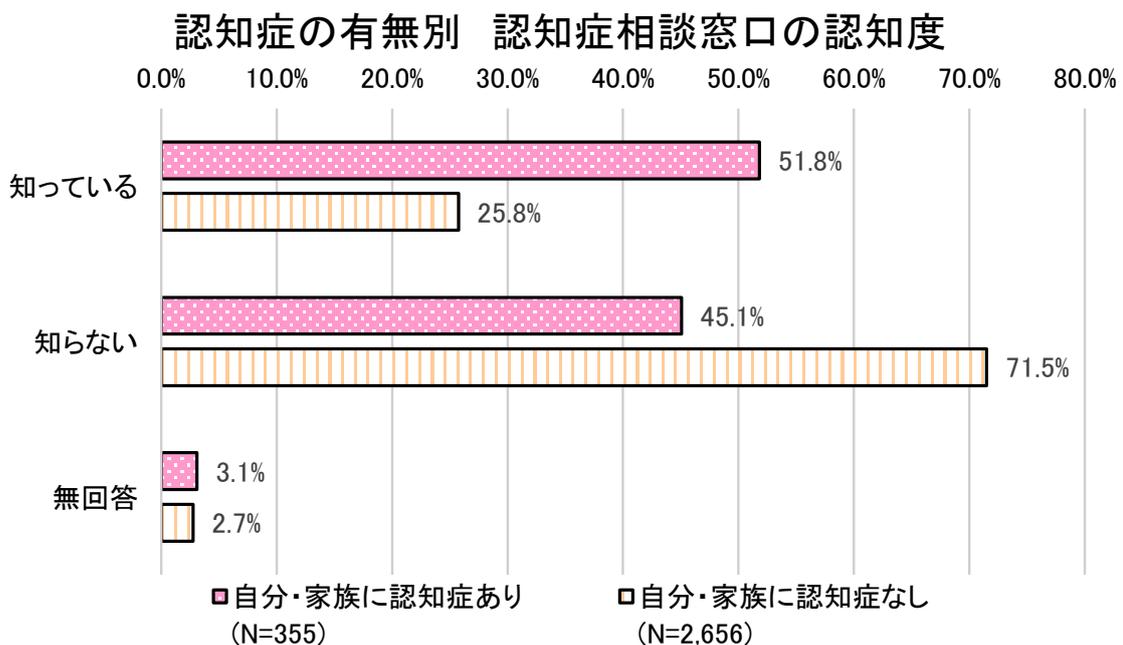
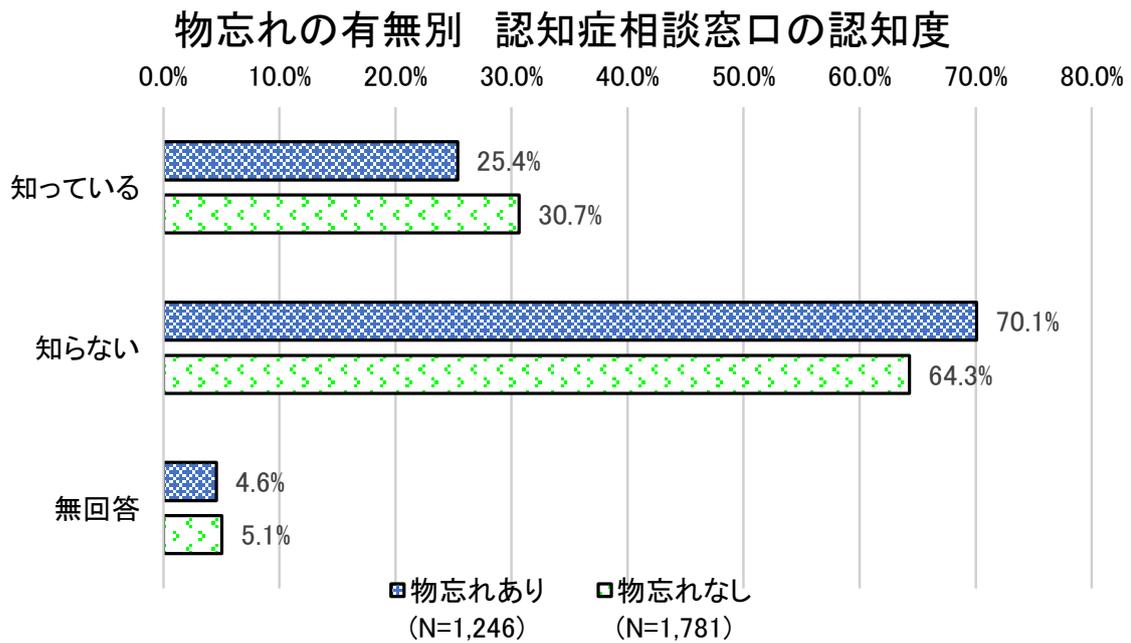
□聞いたことはあるが、内容は分からない
□無回答

② 認知症相談窓口の認知度

問：認知症に関する相談窓口を知っているか

という問いについて、①物忘れがある方とない方、②自分または家族に認知症の症状がある方とない方、に分けて分析を行いました。

自分または家族に認知症の症状がない方については、認知症相談窓口を「知らない」と回答の方が7割を超えていました。相談が必要となったときに窓口につながる事ができるよう認知機能が健常なうちから相談窓口の周知を行う必要があります。



5 在宅介護実態調査結果

(1) 調査の概要

地域包括ケアシステムの構築と介護離職ゼロのために必要なサービスの把握を主な観点とし、「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あり方を検討することを目的として、調査を実施しました。

① 調査対象者

令和2年7月1日現在、在宅で暮らす要支援・要介護認定を受けている方及びその家族

② 調査期間

令和2年7月～令和2年8月

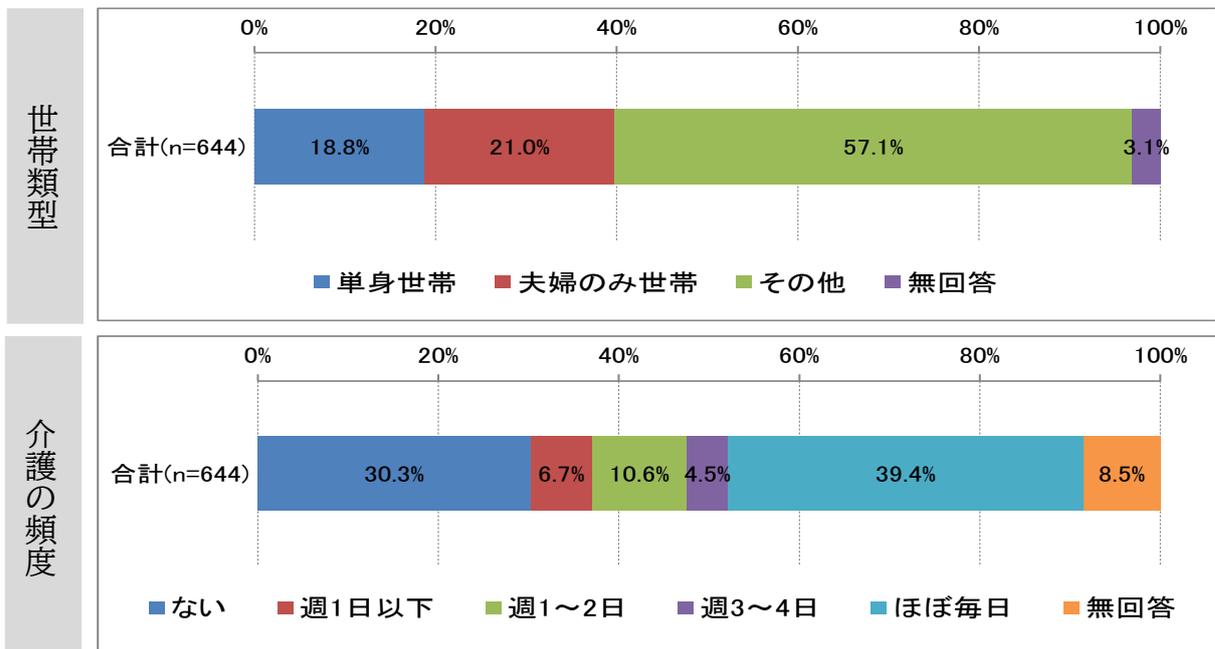
③ 回収率

有効回収率 47.7% 644件/1,350件

(1) 調査結果

① 世帯類型と介護の頻度

単身でも夫婦のみでもない「その他」の世帯が57.1%と最も多く、介護の頻度は、「ほぼ毎日」が39.4%となっています。

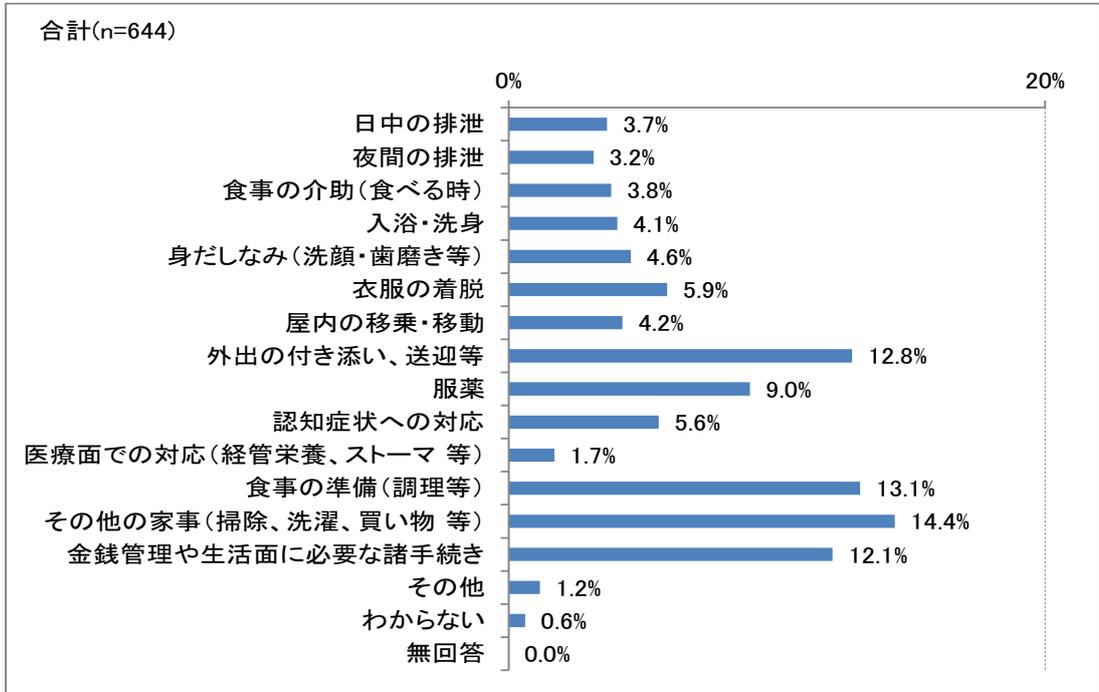


② 主な介護者が行う介護と不安を感じる介護

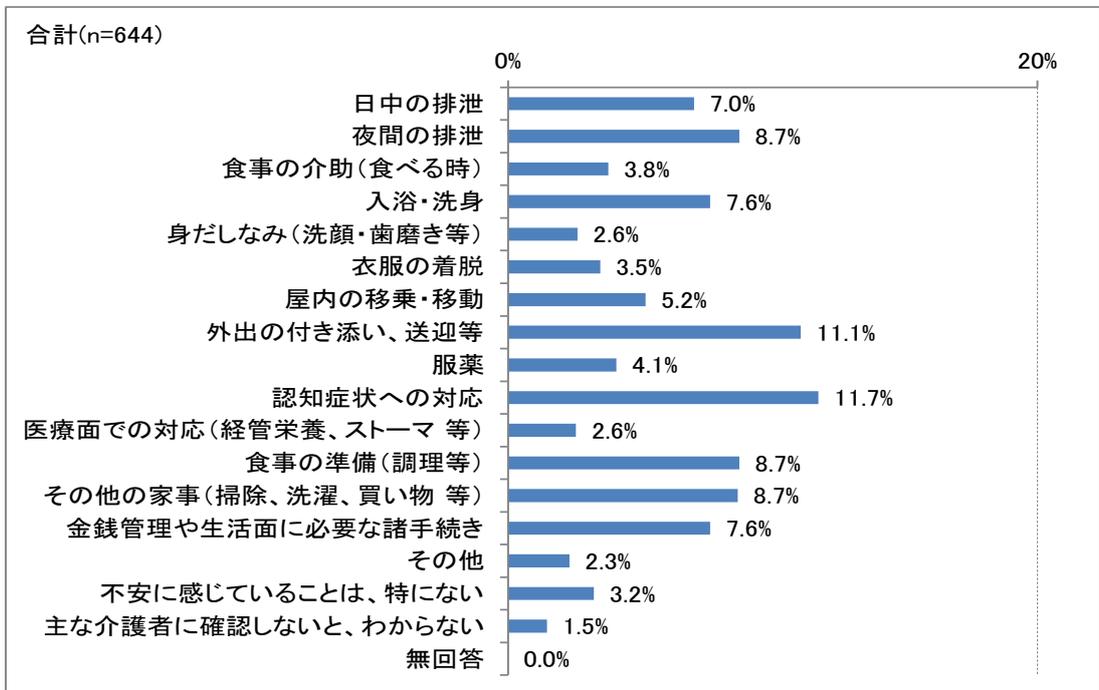
主な介護者が行っている介護は、「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」「食事の準備（調理等）」「外出の付き添い、送迎等」、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」など主に生活支援に関するものとなっています。

一方、今後不安を感じる介護は、「認知症状への対応」が11.7%、「外出の付き添い、送迎等」11.1%などとなっています。

主な介護者が行っている介護



今後の在宅生活の継続に向けて、
主な介護者が不安を感じる介護

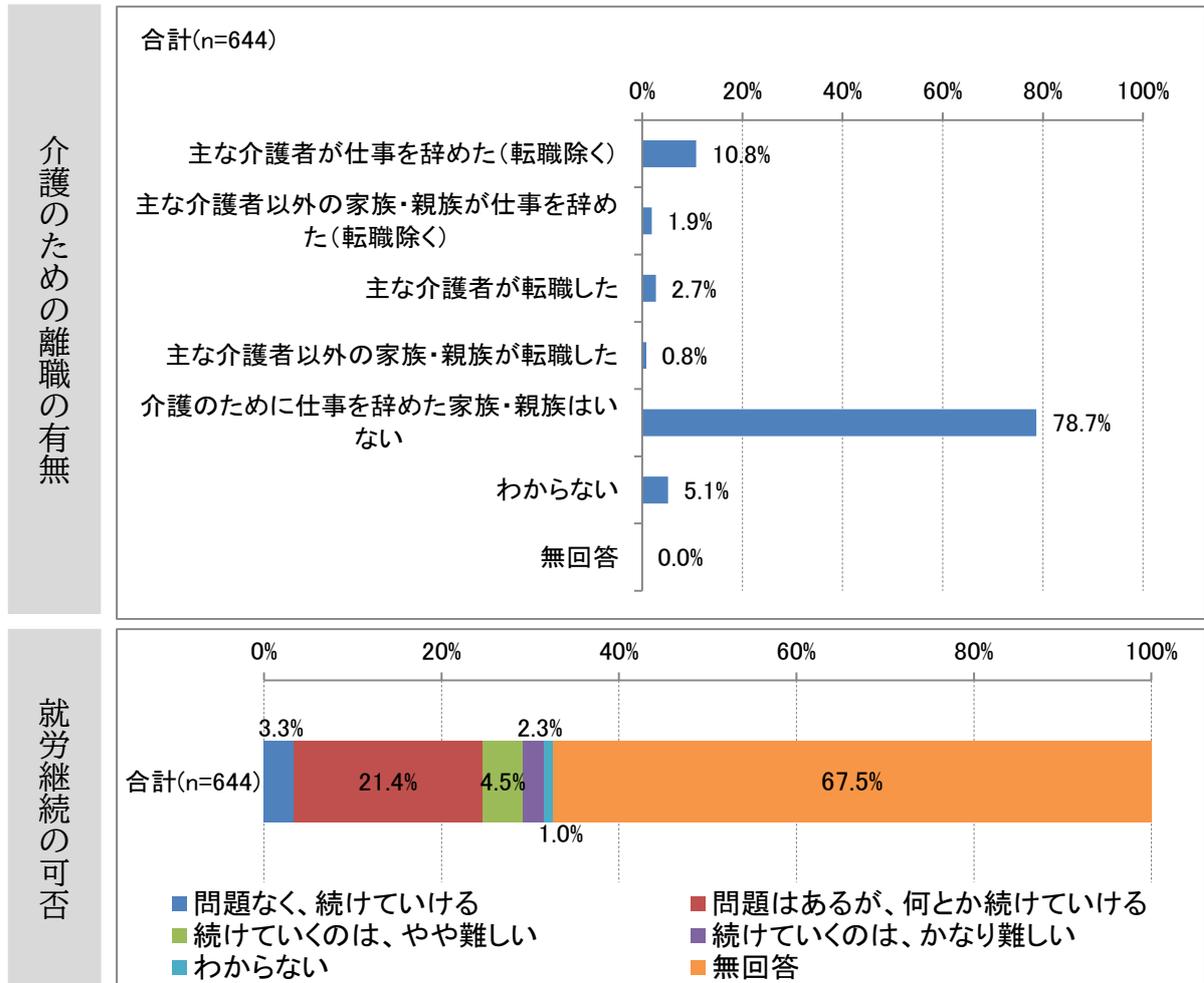


③ 主な介護者の介護における離職状況

主な介護者の介護における離職状況は、「介護のために仕事を辞めた家族・親族はいない」が78.7%と最も多くなっています。

一方、就労継続については「問題はあるが、何とか続けていける」が21.4%となっています。

主な介護者のうち約2割の方が在宅での介護を続けていくことに対し不安を頂いているため、介護による離職を防ぐ取組みを検討していく必要があると考えられます。



6 介護人材実態調査結果

(1) 調査票の配布回収状況

調査票種類別の配布回収の状況について、以下のとおりとなります。

① 調査対象者

市内の施設・居住系サービス、通所系サービス、訪問系サービス事業所

② 調査期間

令和2年7月～令和2年8月

③ 回収率

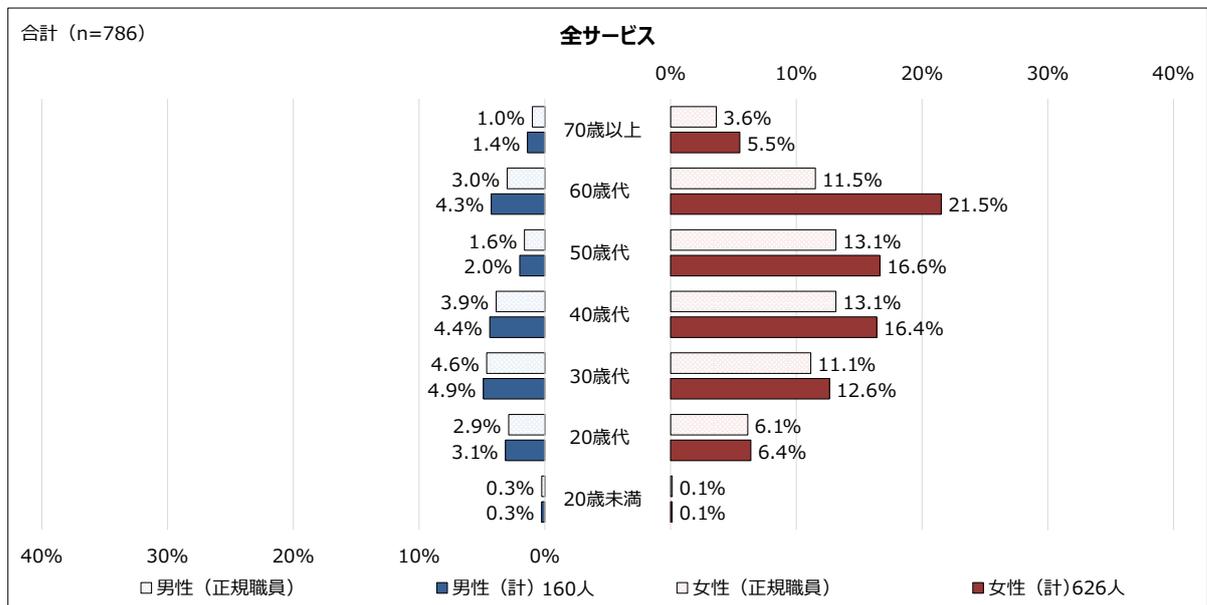
有効回収率 97.4% 76件/78件

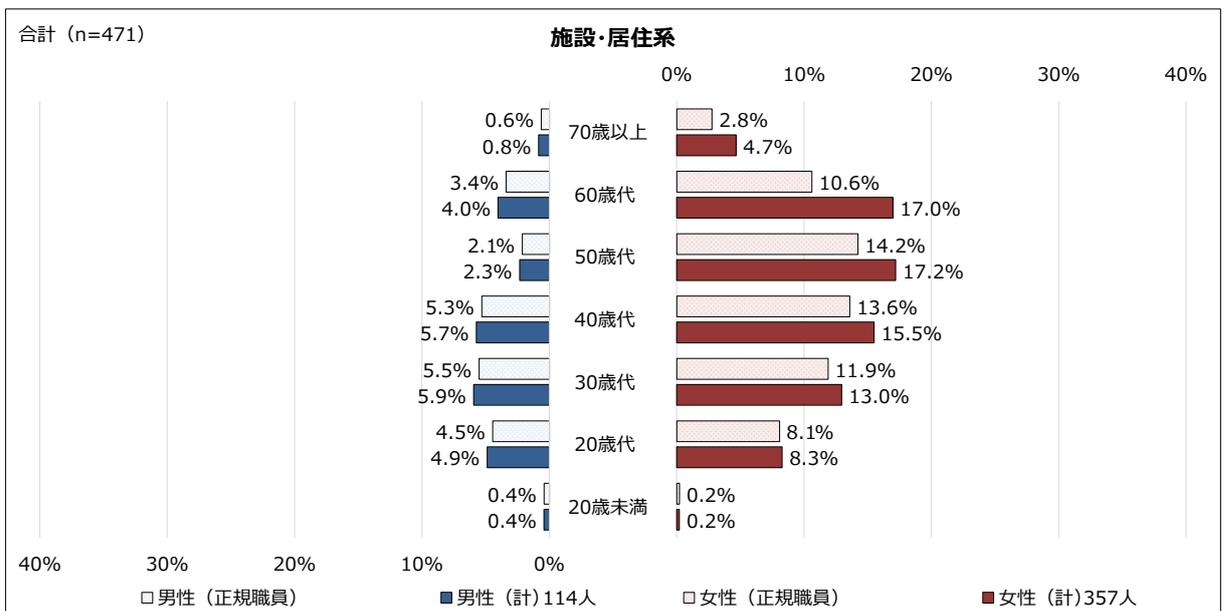
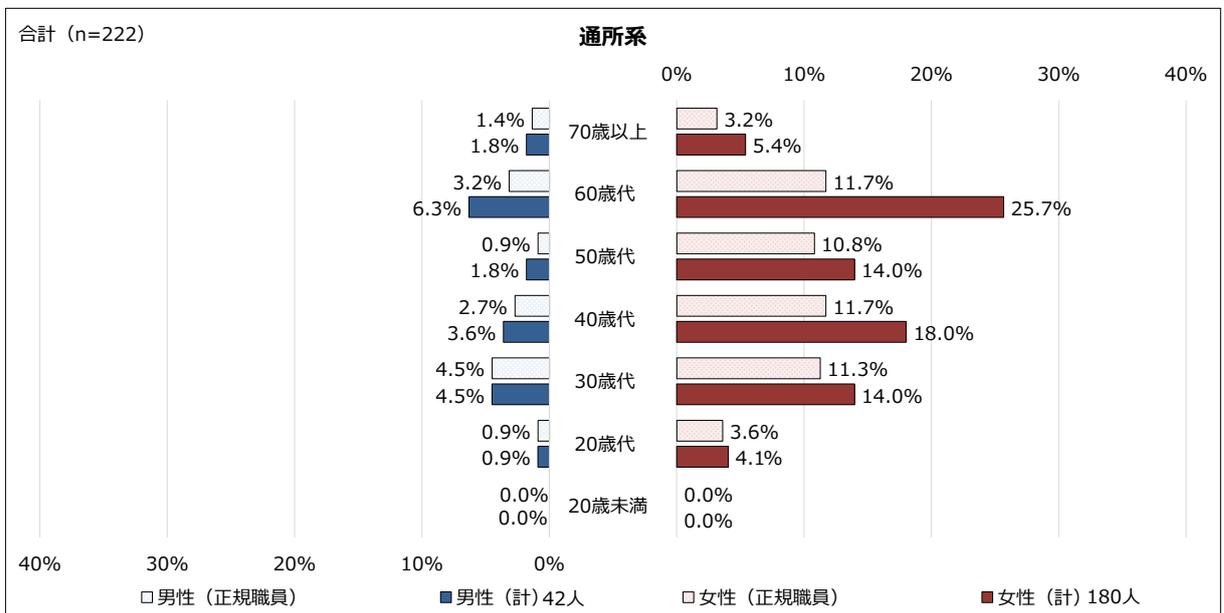
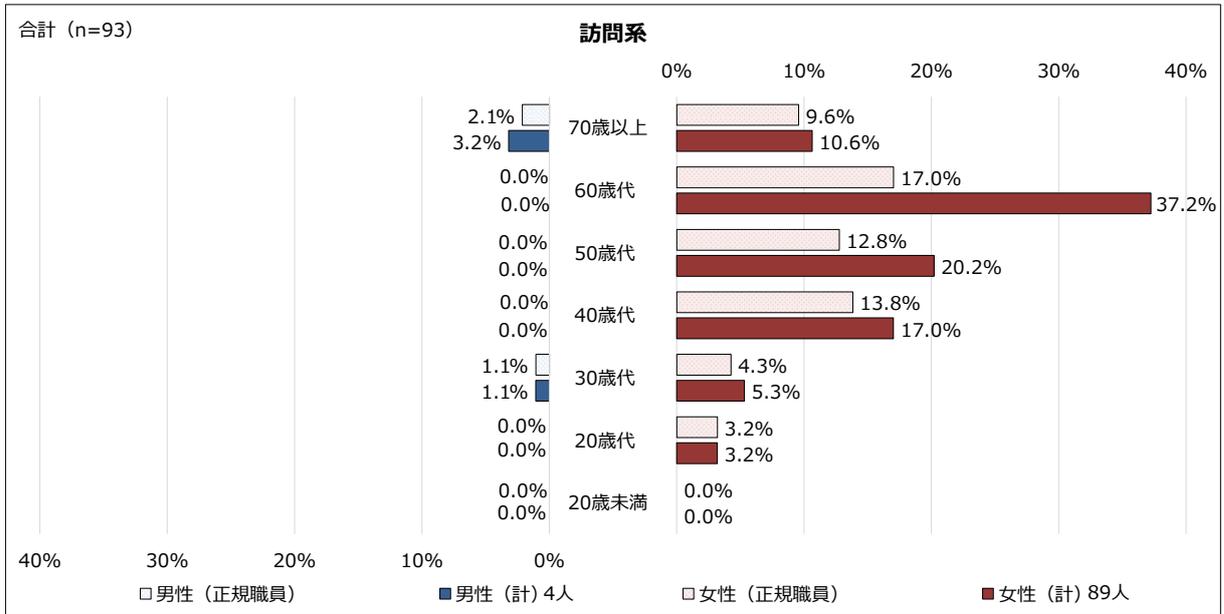
(2) 調査結果概要

① 性別・年齢別雇用形態

事業所の全職員年齢構成は、「60歳代・女性」が21.5%と最も高く、次いで「50歳代・女性」が16.6%となっています。

施設系、通所系サービスと比較し、訪問系の職員は、今後はより高齢化が進むことが想定されます。在宅における支援・サービス提供の機能強化を図るためには、訪問系の職員の確保が重要な課題であるといえます。

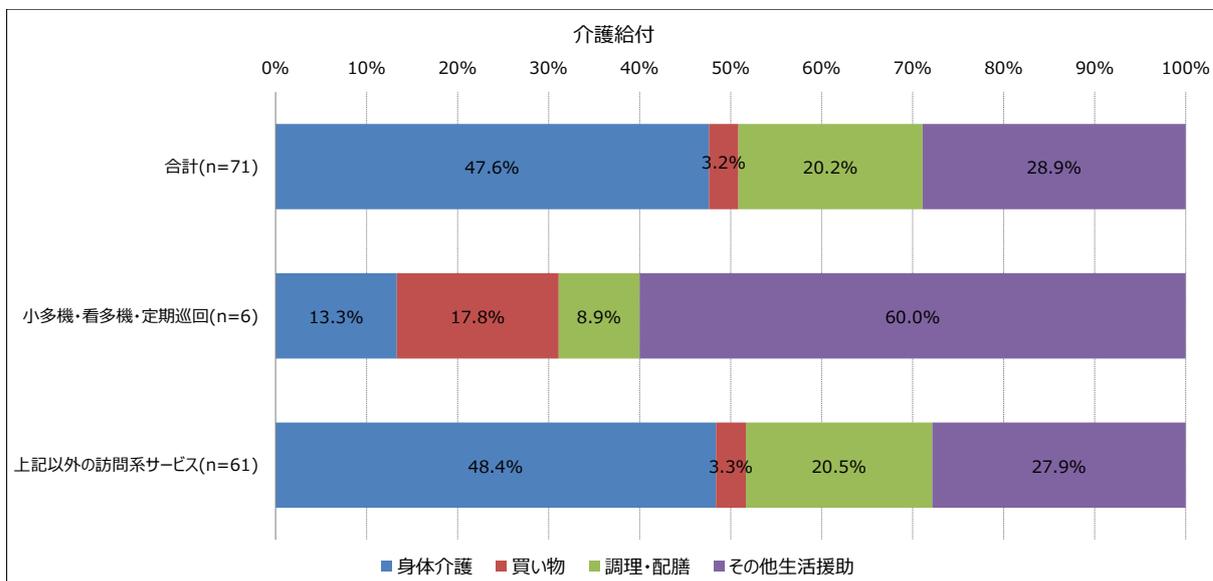




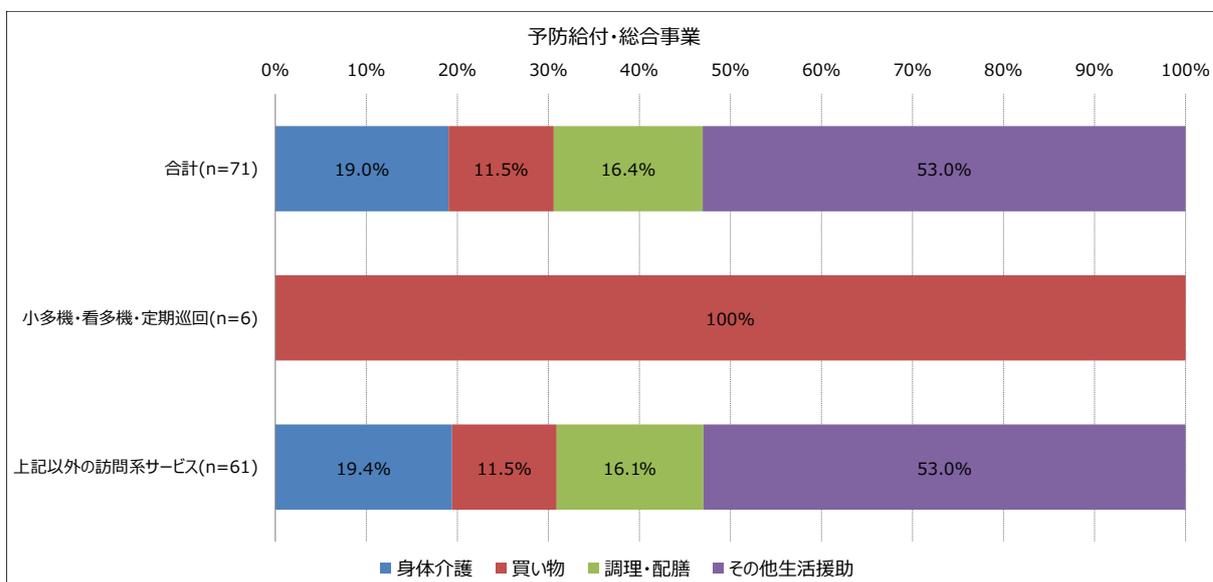
② 訪問介護サービスの提供時間の内容別内訳

介護給付は「身体介護」が47.6%と最も高く、次いで「その他生活援助」が28.9%となっています。

一方、予防給付・総合事業は「その他生活援助」が53.0%と最も高く、次いで「身体介護」が19.0%となっています。



(注1) 総提供時間に占める各サービス提供時間の構成比を表示しています。



(注2) 「合計」にはサービス種別不詳の方も含めています。

7 本市の現状から見えてきた課題の整理

(1) 生産年齢人口が減少、高齢者人口はピークを迎える

本市の高齢者人口は、令和2年の13,794人をピークに減少に転じることが予測されています。減少する生産年齢人口で、高齢者を支え続けるための仕組みづくりが急務となります。

また、高齢者人口推移の旧小学地域ごとの差が拡大していくため、地域ごとの特性を生かした生活支援体制整備事業との連携が必要となります。

(2) 高齢者の在宅生活を支える仕組みづくり

介護人材実態調査では、訪問系職員の年齢構成は、「60歳代・女性」が37.2%と最も高く、次いで「50歳代・女性」が20.2%となっており、今後はより高齢化が進むことが想定されます。

在宅介護実態調査では、本人の生活支援に関する部分をご家族が支えています。今後「認知症状への対応」「夜間の排泄」など専門的ケアに関する部分を担うことに不安を感じています。

また、介護者は働きながら介護を行っており、全体の内21.0%の方が働きながら介護をすることの継続に問題を感じています。

在宅における支援・サービス提供の機能強化を図るためには、訪問系職員の確保及び住民による担い手等、多様な介護人材の確保が重要です。

(3) 認知症施策に関する住民普及啓発

日常生活圏域ニーズ調査では、認知症に関する施策「認知症地域支援推進員」「認知症カフェ」「認知症初期集中支援チーム」「認知症サポーター養成講座」「認知症ケアパス」「認知症高齢者SOSネットワーク」全てにおいて、「聞いたことがない」と回答した方が5割以上となっています。

また、自分または家族に認知症の症状がない方については、認知症相談窓口を「知らない」と回答した方が7割を超えています。

認知症に関する正しい知識と理解を持って、地域や職場で認知症の人やその家族を手助けする環境を整えるためにも認知症サポーター養成の推進、総合相談窓口となる地域包括支援センターを含めた相談支援体制等の整備とその周知、さらには、認知症に関する支援体制をまとめた「認知症ケアパス」の配布を通じた市民への情報発信が重要です。

第3章 計画の基本的な考え方

1 計画の基本理念

本計画は、「第2次みやま市総合計画」の将来像である「人と自然が共に育み、つながり、成長し続けるまち～みんなにやさしいまちみやま～」の実現に向けた高齢者保健福祉の個別計画・実施計画としての位置づけを持つものとなります。

総合計画では、「人と自然が共に育み続けるまち」「人と地域がつながり続けるまち」「人とまちが成長し続けるまち」の3つの基本理念のもと、各種施策を総合的に推進しています。

本計画は、高齢者をはじめ誰もが、住み慣れた地域で支えあいながら安心して暮らし続けるため「医療」「介護」「介護予防・生活支援」「住まい」を切れ目なく提供する「地域包括ケアシステムの実現」を目指し、以下の基本理念を設定し、その実現に向けた施策の展開を図ります。

基本理念

すべての市民が住み慣れた地域で
自分らしく健やかに暮らすことのできる
支えあいのまちづくり

2 基本理念が実現したみやま市の姿

本計画において、みやま市地域包括ケアシステムが目指す「すべての市民が、住み慣れた地域で、自分らしく健やかに暮らすことのできる支えあいのまちづくり」を目指して、生きがい・就労の促進や健康づくりを通じて元気な高齢者を増やし、幅広い世代が地域の支え手として活躍できるように、多様な通いの場を拠点にした顔の見える地域の支え合いを推進していきます。

【みやま市地域包括ケアシステムが目指す姿】

すべての市民が住み慣れた地域で「自分らしく健やかに暮らす」ことのできる支えあいのまちづくり



3 基本目標

本市は、高齢者の尊厳を保持した自立支援や重度化防止の取組を推進し、高齢者が安心して暮らし続けることができるよう、本計画の目指す姿の実現に向けた施策展開に努めます。

目標
1

生涯現役社会の実現と自立支援の推進

目標
2

認知症施策の推進

目標
3

在宅医療と介護の連携推進

目標
4

多様な住まい・サービス基盤の整備

目標
5

高齢者の虐待防止・権利擁護

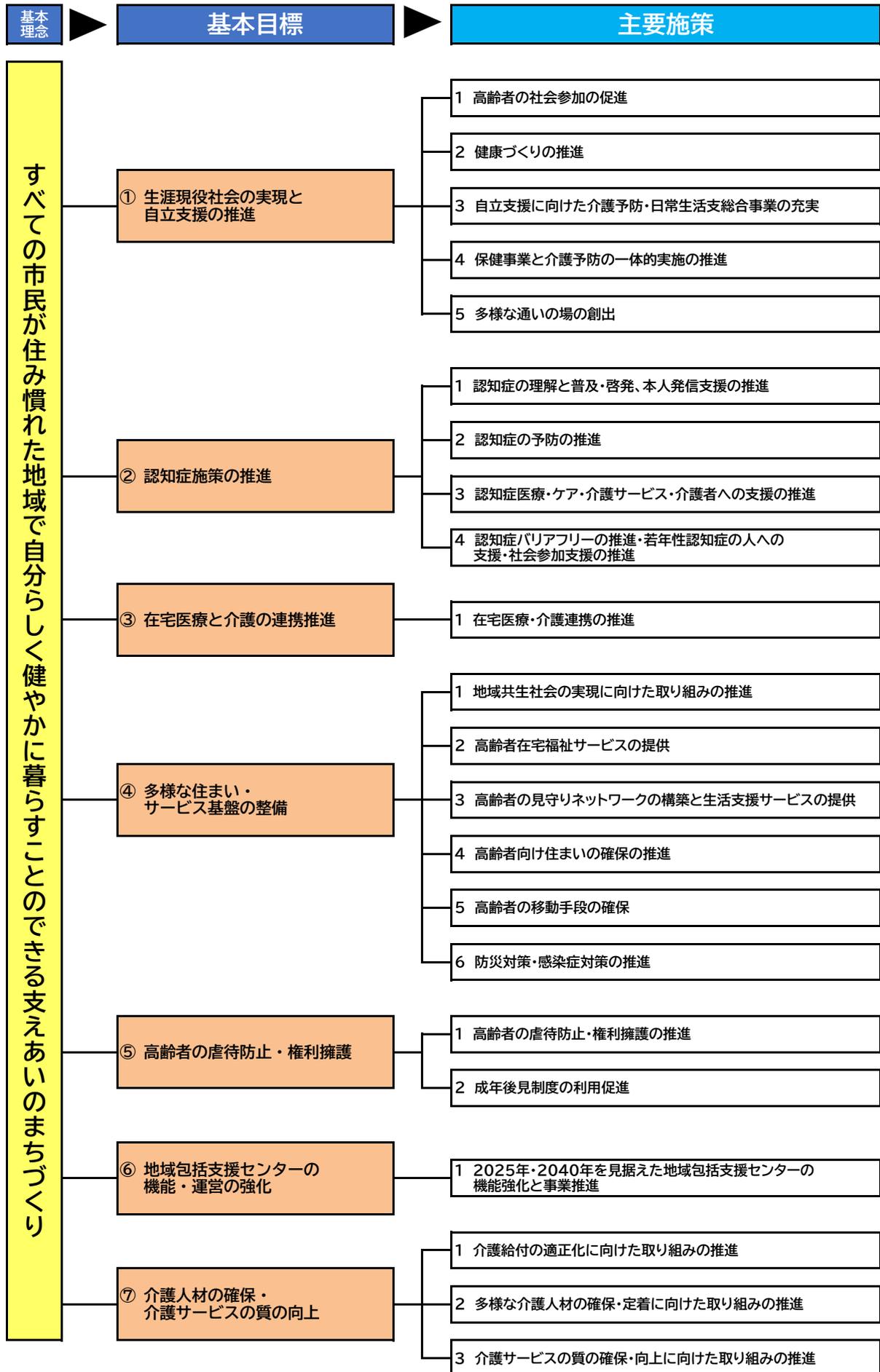
目標
6

地域包括支援センターの機能・運営の強化

目標
7

介護人材の確保・介護サービスの質の向上

4 施策体系



各 論

第1章 生涯現役社会の実現と自立支援の推進

【第7期計画の評価】

事業名		評価
介護予防・日常生活支援総合事業	訪問介護相当サービス	◎
	訪問型サービス A（緩和した基準によるサービス）	△
	通所介護相当サービス	◎
	通所型サービス B（拠点型）	△
	通所型サービス B（事業所活用型）	△
	通所型サービス C（短期集中予防サービス）	◎
	介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）	◎
一般介護予防事業	介護予防普及啓発事業（介護予防健診）	△
	介護予防普及啓発事業（いきがい教室）	◎
	介護予防普及啓発事業（ふれあい・いきいきサロン事業）	◎
	介護予防普及啓発事業（認知症予防デイサービス事業）	◎
	地域介護予防活動支援事業（住民主体の通いの場）	△
	地域介護予防活動支援事業（介護予防サポーター養成講座）	△
	地域介護予防活動支援事業（スマイルポイント事業）	◎
	地域リハビリテーション活動支援事業	△

◎ 目標に達した。（計画通りに進捗している。）

○ 目標値に達していないが、達成傾向にある。（現在着手している。おおむね順調である。）

△ 目標値に対して大幅に遅れている・変わらない。（現在着手しているが、順調とは言えない。課題が残る。）

【現状と課題】

地域包括支援センターのアセスメントに基づき、事業対象者や要支援高齢者が元気になって住民主体の通いの場等へ社会参加しています。あわせて豊富な介護予防教室を実施しており、多くの高齢者の参加があります。

課題としては、①通いの場の担い手となる介護予防サポーターの養成・育成②介護予防教室の参加者の固定化③住民主体の通いの場の創出④新型コロナウイルス感染症の影響によるフレイルの顕在化が挙げられます。

▶フレイルとは…

加齢により心身が老い衰えた状態のことです。

【方向性】

本市においては、介護保険制度創設以来、要支援・要介護認定率が県内上位の時期が続いていましたが、介護予防・自立支援に重点的に取り組むことで、要支援・要介護認定率の減少につながっています。

	平成26年度	令和元年度	比較
高齢者人口（人）※1月1日時点	13,090	13,818	728名増加
要支援・要介護認定者（人）	2,668	2,528	140名減少
要支援・要介護認定率（%）	20.2	18.2	2.0%減少
福岡県内における認定率の順位	1位	10位	

本計画においては、引き続き、介護予防・自立支援に重点的に取り組むとともに、特定健診・特定保健指導などを通じて市民の健康づくりを推進していきます。介護予防教室を起点として、教室参加者の自主活動を創出したり、介護予防サポーター養成講座へつなげたりするなど事業の連動性を高めることで、元気な高齢者をはじめ幅広い世代が担い手となる健康長寿・生涯活躍のまちづくりを推進していきます。

なお、本市は令和2年度より県内でもいち早く保健事業と介護予防の一体的実施に取り組んでいます。引き続き後期高齢者の生活習慣病重症化予防を図りつつ、住民主体の通いの場を含めた多様な通いの場や一般介護予防事業との接続によりフレイル対策に取り組めます。

1 高齢者の社会参加の促進

(1) 老人クラブ等の活動支援

老人クラブでは、高齢者の積極的な社会活動や会員同士の見守り・援助活動、その他の地域活動を通して、高齢者自らの健康づくりや生きがい、仲間づくりが行われています。

	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
会員数（人）	2,550	2,550	2,550

(2) シルバー人材センターの活動支援

高齢者にとって、就労は自らの生活を安定させるためだけでなく、生きがいの充実や社会参加の場としても、重要な役割を果たします。

高齢者の就労支援として、シルバー人材センターは、定年退職者などの高年齢者に、就労の機会を提供するとともに、高齢者が技術、技能、資格、職業経験を活かし、健康で生きがいのある生活の実現と地域社会の福祉の向上と活性化に貢献していきます。

	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
会員数（人）	210	215	220

(3) ボランティア活動の充実

高齢者がボランティア活動を通じて積極的に地域へ社会参加できるよう、社会福祉協議会やボランティア関係団体等との連携を推進します。

(4) 生涯学習・生涯スポーツの推進

「生涯学習」とは、一般には人々が生涯に行うあらゆる学習のことを指し、学校教育、社会教育、文化活動、スポーツ活動、レクリエーション活動、ボランティア活動、企業内教育、趣味など、さまざまな場や機会において行う学習の意味で用いられます。また、生涯学習を、生涯学習社会を目指そうという考え方や理念として捉える場合もあります。

本市では、生涯学習を通じた仲間づくりや学習の成果が、高齢者の人生を豊かにするものとなるよう、生涯学習活動を推進します。

2 健康づくりの推進

(1) 特定健診・保健指導の実施率向上

本市の 85 歳未満の新規の要介護認定者のうち、中重度認定者の 4 割は、脳血管疾患や認知症を占めており、生活習慣病に起因するものが多いと考えられます。

また、高齢者の医療の状況をみると、75 歳以上の 95%以上が医療機関に受診しており、その内 80%程度が生活習慣病に罹患しているため、生活習慣病の疾病予防、重症化予防は重要です。

そのために、特定健診の受診率向上と特定健診の結果に応じた特定保健指導の実施率の向上が課題となります。

特定健診を受ける事で、目に見えない血液の状態や身体の変化を知り、疾病リスクの早期発見に繋がります。また生活習慣の改善や治療の開始によって疾患の予防や重症化予防につながっていきます。

特定健診の受診歴のある未受診者及び未治療者に健診受診勧奨を行い広報を通じて特定健診の啓発、周知を図ります。また、地域医師会及び医療機関と連携し、特定健診受診率と保健指導実施率の向上を目指します。

	第 8 期計画の計画値		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度
特定健診受診率 (%)	54	57	60
特定保健指導実施率 (%)	75	75	80

3 自立支援に向けた介護予防・日常生活支援総合事業の充実

(1) 介護予防・生活支援サービス事業の推進

介護予防本来の目的（機能を回復させ自分らしい暮らしを継続する）に立ち返り、従来の画一的な介護予防サービスから地域のニーズに合ったサービスの構築、対象範囲の拡大を行うものです。

【総合事業対象者】

介護予防訪問介護、介護予防通所介護を利用している方や、新規にサービスの利用相談に来られた第1号被保険者のうち要支援者に相当する状態などの方で、以下2つの条件に該当する方が対象です。

- ・基本チェックリストを用い、相談を受け、事業対象者に該当した方
- ・さらに、介護予防ケアマネジメントを行った方

介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与などのサービスを利用する場合には、引き続き要支援認定を受ける必要がありますが、介護予防・生活支援サービス事業のみを利用する場合には、要支援認定を受けずにサービスの利用が可能です。

また、条件に該当しない方については、一般介護予防事業につなげています。

① 訪問型サービス（第1号訪問事業）

従前の訪問介護相当サービスに加えシルバー人材センターや民間事業者等による訪問型サービス A（緩和した基準によるサービス）の充実や保健・医療の専門職による訪問型サービス C（短期集中サービス）の推進を図ります。

定期的に生活援助従事者養成講座を実施し、高齢者等の新たな担い手を育成し、また地域ケア会議で課題となった通所による事業への参加が困難な方に生活面や健康面の指導を集中的に行うなど多様なサービスの拡大を図ります。

従前相当サービス（訪問）			
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助を行います。		
対象者	要支援認定者		
サービス提供者	訪問介護事業所の訪問介護員		
実施方法	事業者指定		
自己負担	市が定めた金額		
	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
利用者数（人）	140	140	140

訪問型サービス A（緩和した基準によるサービス）			
サービス内容	生活援助を行います。		
対象者	要支援認定者・事業対象者		
サービス提供者	シルバー人材センター・民間事業者等		
実施方法	事業者委託		
自己負担	市が定めた金額		
	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
利用者数（人）	25	25	25

② 通所型サービス（第1号通所事業）

新たに要支援認定を受けた人や事業対象者については、通所型サービスCの利用を基本とし、多職種による自立支援の検討を踏まえて、参加中に終了後の移行先を見極めます。

通所型サービスCでは、参加者の生活機能の改善・向上と同時に、介護予防ファイルを活用した参加者のセルフケア能力の向上に取り組みます。参加中に自宅での介護予防の取組や生活の広がり等を評価することで、介護予防の習慣化と介護予防に対する意識の向上を図ります。

事業終了後は、参加者が主体的にインフォーマルサービスや地域の通いの場等を利用しながら、継続して介護予防に取り組むことができるよう、通いの場の拡大に取り組みます。

▶インフォーマルサービスとは…

介護保険などの制度を使わないサービスです。ボランティアグループが行うサービスだけでなく、家族や知人といった身近な人の見守り等も含みます。

従前相当サービス（通所）			
サービス内容	生活機能向上のためのトレーニングや身体機能向上のための機能訓練を行います。また、介護予防ファイルを活用した参加者のセルフケア能力の向上に取り組みます。		
対象者	要支援認定者		
サービス提供者	通所介護事業所		
実施方法	事業者指定		
自己負担	原則1割負担（一定以上所得者は2～3割）		
	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
利用者数（人）	190	190	190

通所型サービスC（短期集中予防サービス）			
サービス内容	市内の公共施設等で、専門職による4か月間（ケアマネジメントで必要とされる場合は延長も可）の短期集中サービスを行います。参加開始時と終了時はリハビリ専門職等が訪問によるアセスメントを実施します。また、介護予防ファイルを活用した参加者のセルフケア能力の向上に取り組みます。		
対象者	要支援認定者・事業対象者		
サービス提供者	専門職		
実施方法	事業者委託		
自己負担	市が定めた金額及び食費等の実費		
	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
利用者数（人）	50	50	50

③ 介護予防ケアマネジメント

地域包括支援センターの職員やケアマネジャーが、要支援認定者、事業対象者本人の意向や心身の状態、家族の意向等を確認した上で、本人の自立支援や介護予防に向けて必要なサービスを検討し、適切に提供されるためのケアプランを作成します。

ケアマネジメントにあたっては、サービス利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチすることで、サービス利用者の生活機能の積極的向上と要支援状態の軽減を目指します。

通所型の従前相当サービスを利用する場合においても、多様なサービスやインフォーマルサービス等を併用することで、活動量の増加を図ります。

更新等により要支援認定となった人については、これまで利用していたサービスを踏まえてケアマネジメントを行います。

(2) 一般介護予防事業の推進

① 介護予防把握事業

収集した情報等の活用により、閉じこもり等、何らかの支援を要する高齢者を把握し、介護予防活動につなげる事業です。

② 介護予防普及啓発事業

介護予防に関するチラシなどの配布を行い介護予防に関する知識の普及啓発を行います。

介護予防教室（地域型）			
サービス内容	市内の公共施設等で、入浴、レクリエーション、運動、買い物支援を行います。また、介護予防ファイルを活用した参加者のセルフケア能力の向上に取り組みます。		
対象者	要支援認定者・事業対象者（通所型サービスC卒業者等）		
サービス提供者	介護予防サポーターなど		
実施方法	事業者委託		
自己負担	市が定めた金額及び食費等の実費		
	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
利用者数（人）	80	90	100

いきがい教室	高齢者が明るく生きがいのある生活を送ることができるよう、健康体操、レクリエーション等を行う介護予防教室です。		
	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
参加者数（人）	2,500	2,500	2,500

ふれあい・いきいきサロン事業	地域住民による仲間づくりや健康づくりなどの自主活動を通じて、地域活動の活性化を図るために、気軽に集える場所づくりを支援する事業です。		
	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
参加者数（人）	23,000	23,000	23,000

介護予防教室 (施設型)	筋力低下を防ぐための運動教室です。トレーニングマシン等を使い、概ね4か月間運動を行います。		
	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
参加者数(人)	60	60	60

認知症予防教室	音楽に合わせて「動く」、「歌う」、「学ぶ」、「楽器に触れる」、「聴く」を柱に、楽しみながら体験する認知症予防教室です。 今後は、認知機能の評価による、自主活動への接続ができるような体制を整えていきます。		
	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
参加者数(人)	60	60	60

③ 地域介護予防活動支援事業

高齢者の介護予防をサポートするボランティア人材の育成を目的に、介護予防サポーター養成講座を実施しています。

今後は、通所型サービスCの参加で元気になった人や、フレイル健診に参加した元気な人へのアプローチを強化することで、介護予防サポーターとしての社会参加及び役割の創出を図ります。また、高齢者のボランティア活動の促進と介護予防の推進を目的に、介護予防ボランティア支援事業（スマイルポイント事業）を実施します。

	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
介護予防サポーター養成者数(人)	10	15	20
介護予防サポーター養成講座開催数(回)	12	12	12

④ 一般介護予防事業評価事業

介護保険計画に定める目標値を年度ごとに評価し、その評価に基づいて、事業の改善を図ります。

⑤ 地域リハビリテーション活動支援事業

地域における介護予防の取組の強化を図ることを目的に、リハビリ専門職等による助言や指導を促進するための事業です。

公民館等を活用した地域の身近な場所で住民主体の通いの場が定期的に行われるよう、リハビリ専門職を積極的に活用します。

また、本事業によりリハビリ専門職の地域ケア会議等への参加を図ることで、多職種連携による効果的な自立支援型のケアプラン作成支援を行います。

(3) 事業評価に基づく総合事業 PDCA サイクル構築

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

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
1. 事業の有効性			
1-1 介護予防の推進			
① 1号被保険者新規要介護（要支援）認定者発生率	4.0%未満	4.0%未満	4.0%未満
② 1号被保険者要介護（要支援）認定率	18%	18%	18%
③ 主観的健康観の高い者の割合		+10%	
④ 主観的幸福感の高い者の割合		+10%	
⑤ 週1回以上社会参加者割合		+10%	
⑥ 週1回以上通いの場の個所数	17カ所	20カ所	25カ所
⑦ 週1回以上通いの場の参加者割合	1.5%	1.8%	2.2%
⑧ 通所C・訪問Cからの通いの場への接続件数	10件	15件	20件
⑨ 保健事業から通いの場等への接続件数	10件	10件	10件
2. 事業の効率性			
① 予防給付と総合事業総額の伸び率	後期高齢者伸び率を下回る		
② 介護給付・予防給付・総合事業総額の伸び率	後期高齢者伸び率を下回る		

※③・④・⑤は3年に1度の日常生活圏域ニーズ調査を用いて評価を行います。

4 保健事業と介護予防の一体的実施の推進

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るために健康保険法等の一部を改正する法律の施行に伴い、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施が求められています。各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定の整備等を行い、必要な分析を行ったうえで、75歳以上高齢者に対する保健事業を、市町村が介護保険の地域支援事業と一体的に実施することとされています。

本市では、これまで実施してきた保健事業の内容を基に、令和2年度より高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業を開始しました。

(1) 高齢者の生活習慣病等の重症化予防

国保データベース（KDB）システムから抽出した健康支援対象者に対して、保健医療専門職の健康支援を行い、必要に応じて医療機関への接続を行うことで、生活習慣病重症化予防を図ります。

	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
健康支援実施回数（回）	50	50	50
健康支援実施人数（人）	50	50	50
健康支援から医療への接続件数（件）	50	50	50

(2) 高齢者の心身機能の低下防止

生活習慣病重症化予防を目的とした健康支援及び健診受診者のうち、フレイルの疑いがある高齢者に対して、必要に応じて地域包括支援センターへの接続を図るとともに、地域の通いの場等への接続を図ります。なお、身体的フレイルに該当する高齢者に対しては、通所型サービスCに接続を図ります。

	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
健康支援から介護への接続件数（件）	5	5	5
健康支援から通いの場等への接続件数（件）	10	10	10

(3) 通いの場等への積極的な関与

一般介護予防事業として地域の通いの場で行っていた介護予防健診を令和2年度よりこの事業として実施しています。

これまでの基本チェックリストからフレイル健診問診票に変え、フレイル健診（体力測定・握力・片足立ち等）、を実施するとともに、結果説明を通じた介護予防の啓発を行っています。

また、健診の1か月後に医療専門職による健康講話や個別介入し、フレイル状態にある方を必要に応じて医療等へ接続を図ります。加えて、元気高齢者へは介護予防サポーター等地域の担い手へ繋いでいきます。

	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
参加者数（人）	400	400	400

5 多様な通いの場の創出

(1) 通いの場認定制度の導入

おおむね 65 歳以上の市民が、体操だけではなく趣味活動等を一定人数以上で週 1 回以上公民館や民間事業者の空きスペース等において活動する場を「多様な通いの場」として認定する通いの場認定制度の導入を検討します。

生活支援体制整備事業と連動し、市内の通いの場を把握し、情報誌として集約することで、市内の多様な通いの場を見える化し、市介護申請窓口における周知やケアマネジャーへの周知を図ることで、市民の社会参加の促進を図ります。

	第 8 期計画の計画値		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度
多様な通いの場認定制度登録数（カ所）	5	8	11

(2) 通いの場実施ポイントの導入

認定を受けた通いの場における活動実績に応じて、インセンティブを付与する通いの場実施ポイント（仮称）の導入を検討します。

多様な通いの場へのインセンティブを付与することにより、新たな通いの場の創出への波及効果を狙い、通いの場の実施個所数および参加実人数の活性化を図ります。

	第 8 期計画の計画値		
	R3 年度	R4 年度	R5 年度
認定通いの場参加実人数（人）	105	165	225

第2章 認知症施策の推進

【第7期計画の評価】

事業名		評価
認知症支援総合事業	認知症の早期発見・早期対応	△
	認知症初期集中支援チーム	○
	認知症地域支援推進員	○
	認知症サポーター養成及び活動の活性化	◎
	認知症に関する医療との連携強化	△
	認知症カフェ	○
	認知症ケアパスの活用・啓発	○
	"認知症高齢者等 SOS ネットワーク	△

【現状と課題】

これまで老人会などから依頼を受けて認知症サポーター養成講座を実施してきましたが、第7期期間中から小学生を対象にした認知症サポーター養成講座を開催し、認知症に対する正しい理解の普及啓発に取り組みました。

認知症相談窓口の市民の認知度が低いことがアンケート調査で分かっており、認知症ケアパスの普及啓発が課題となっています。また、認知症初期集中支援チームについても活動実績が伸びておらず、支援対象者の明確化など課題が残っています。

【方向性】

本市では、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって暮らせる体制の整備に向けて、認知症の予防と共生に向けた取り組みを推進します。

特に、認知症予防教室や認知症サポーター養成等の様々な機会を通じて、認知症ケアパスの普及に取り組むとともに、認知症予防とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になることを遅らせる」「認知症になっても進行をゆるやかにする」という意味であることを市民に向けて普及啓発に取り組みます。

また、認知症相談窓口に関する市民の認知度の向上に向けた取り組みを推進するとともに、認知症予防教室を機能強化し、認知症予防教室を入り口とした通いの場と、早期発見・早期対応の体制を拡充します。

さらに、チームオレンジの設置による認知症の人の意思決定に基づく本人支援に取り組みます。さらには、認知症初期集中支援チームの活動から抽出された地域課題の地域ケア会議での検討など、認知症に関する情報の集約・周知広報から、認知症高齢者への個別支援までを総合的に展開します。

1 認知症の理解と普及・啓発、本人発信支援の推進

(1) 認知症サポーターの養成・活動活性化

認知症を正しく理解する人が増えることで認知症の人が安心して暮らせるよう、高齢者と接する機会の多い宅配業、コンビニエンスストア、薬局等へ、出前講座としての養成講座の開催を働きかけるなど、より幅広い世代の認知症に対する理解を図ることを目的に認知症サポーターの養成に取り組みます。

また、認知症サポーターが居る企業や小学校、地域の通いの場等、認知症の方やその家族にとって優しい団体を認定する仕組みを検討していきます。

	第7期計画の計画値			第7期計画の実績値		
	H30年度	R1年度	R2年度	H30年度	R1年度	R2年度
認知症サポーター数（累積）（人）	2,800	2,850	2,900	3,253	3,457	3,760
認知症サポーター養成講座開催数（回）	13	16	19	11	12	9

	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
認知症サポーター数（累積）（人）	4,000	4,300	4,600
認知症サポーター養成講座開催数（回）	10	12	14

(2) キャラバン・メイトの養成・活動推進

キャラバン・メイトは認知症サポーターを養成する「認知症サポーター養成講座」を開催し、講師役を務めていただく人のことです。キャラバン・メイトになるためには所定のキャラバン・メイト養成研修を受講し登録する必要があります。

本市では、キャラバン・メイトによる小学生を対象とした認知症サポーター養成講座を開催しました。

今後、認知症サポーター養成講座を小学生や一般の方だけでなく企業等にも実施できるよう、講師役を務めるキャラバン・メイトの養成に努めます。

また、登録された講師役の方と意思疎通・連携強化のための認知症事業に関する情報の提供、協力依頼、意見交換等を行うキャラバン・メイト交流会開催を検討していきます。

	第7期計画の計画値			第7期計画の実績値		
	H30年度	R1年度	R2年度	H30年度	R1年度	R2年度
キャラバン・メイト養成数 (累積) (人)	23	26	30	35	45	40

	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
キャラバン・メイト養成数 (累積) (人)	42	44	46

(3) 認知症相談窓口の認知度向上に向けた取り組みの推進

本市の日常生活圏域ニーズ調査において、認知症にかかる相談窓口を知っていると答えた方は、28.1%と認知度が低い結果となっています。

認知症は、早期に適切な治療を行えば、認知機能の低下を抑えることができる場合もあるため、認知症の早期発見・早期対応が重要であることから、認知症相談窓口について、認知症ケアパスの配布、市のホームページ等を活用し広く周知に努めます。

また、定期的に認知症高齢者相談会を開催することにより家族などからの相談や、高齢者が集まる機会での認知状況の把握などを通して認知症の疑いのある方を把握し、必要時には初期集中支援チームを活用して医療機関につなぐなど、早期に介入できる体制を整え、早期発見・早期対応に努めます。

(4) 認知症の人本人からの発信支援の推進

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

本計画においては、認知症カフェの参加者を中心に、「認知症とともに生きる希望宣言」を行う認知症の人を増やし、認知症の人本人が発信することを支援していきます。

2 認知症の予防の推進

(1) 認知症の予防についての理解の促進

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

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

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

(2) 認知症予防教室の展開と通いの場の拡充、早期発見・早期対応の充実

音楽に合わせ「動く」、「歌う」、「学ぶ」、「楽器に触れる」、「聴く」を柱に、楽しみながら体験する認知症予防教室を実施しています。認知機能向上を目的とした本事業には、認知機能が低下した方もそうでない方も参加しています。

しかし、毎年度参加者が固定している傾向があることから、認知症予防教室修了者が自主的に集まる通いの場の形成に取り組むことが必要です。

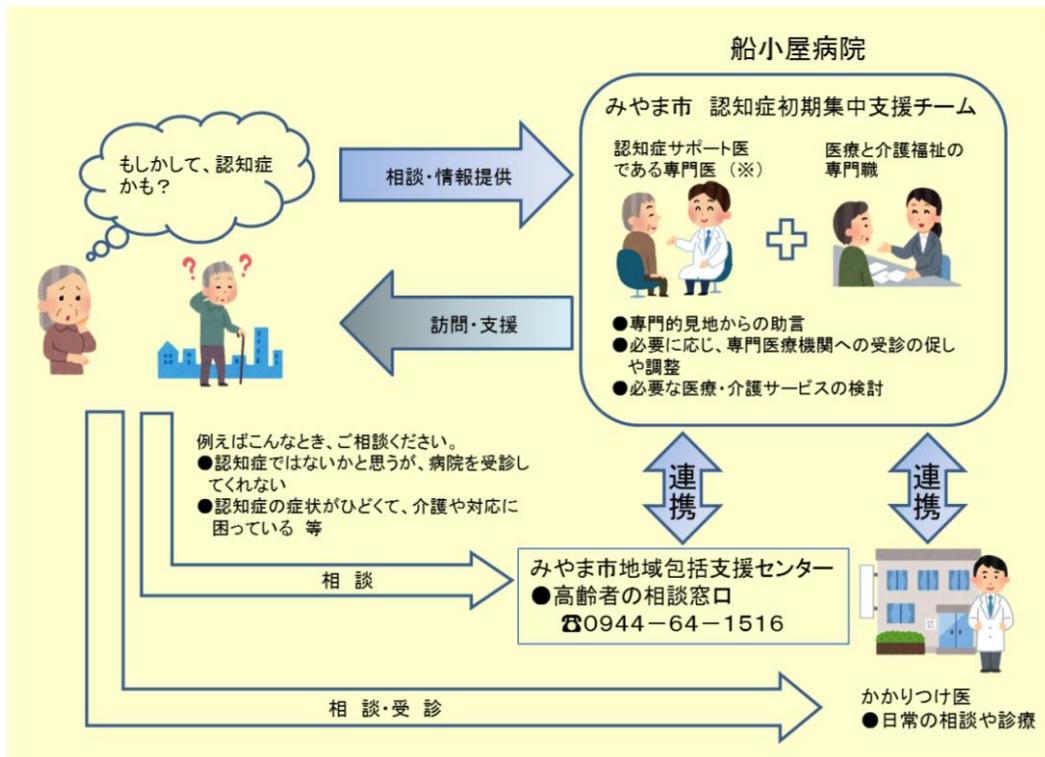
今後は、認知症予防教室への参加をきっかけとした通いの場の拡充と認知機能の評価による認知症の早期発見・早期対応の機能を強化するため、認知症予防教室の内容を見直し、認知症に係る保健医療専門職の関与を強化します。

3 認知症医療・ケア・介護サービス・介護者への支援の推進

(1) 認知症初期集中支援チームの活動の充実

複数の専門職が、家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症高齢者及びその家族を訪問し、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うチームです。

現在、認知症の疑いがある方については、地域包括支援センターと認知症初期集中支援チームにおいて情報共有や連携を取りながら支援をしています。また、困難ケースに限らず、支援チームを活用していくよう検討を進めます。



※みやま市認知症ケアパス「認知症初期集中支援チームについて」

(2) 認知症地域支援推進員の活動活性化

認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、認知症の容態の変化に応じて、すべての期間を通じて必要な医療・介護等が有機的に連携したネットワークを形成し、認知症の人への支援を効果的に行うことが重要です。

今後は、地域包括支援センターに配置している認知症地域支援推進員が、認知症の人と各種支援を結びつけるコーディネーターとして、認知症疾患医療センターを含む医療機関や介護サービス及び地域の生活支援とのネットワークの構築を図るとともに、認知症に関する相談業務、認知症施策や事業の企画調整等を行います。また、地域包括支援センターにおいても、認知症施策全体を視野に入れた体制の充実を図ります。

(3) 認知症ケアパスの普及・啓発

認知症ケアパスとは、認知症の初期段階における予防方法や、利用することができる医療機関、介護サービスなど、状態に応じた適切なサービス提供の流れを体系的に示したものです。

みやま市地域包括支援センターでは、認知症の人とその家族を地域で支え、応援するためのツールとして、認知症の人の状態に応じて利用できるサービスや相談機関、医療機関等を記載した認知症ケアパスを作成しています。この認知症ケアパスは、地域包括支援センターの窓口で配布していますが、市のホームページからダウンロードすることもできます。

今後も、認知症地域支援推進員を中心に、必要な社会資源やサービスを検討、反映させたケアパス更新しながら積極的に活用し、認知症予防や対応方法の普及・啓発に取り組みます。



5.みやま市認知症ケアパス

表の見方：認知症は進行とともに、症状が変化していきます。「本人の様子」の行を見て、今後の介護や対応の目安としてみてください。

本人の様子 (症状や行動)	認知症の疑い	認知症を有するが 日常生活は自立	誰かの見守りがあれば 日常生活は自立	日常生活に 手助け・介護が必要	常に介護が必要
予 防	介護予防事業 (p12~13) いきがい教室 ◆元気が出る学校 ◆元気クラブ ◆シルバー・ジム ◆認知症予防教室	買い物や車庫、金銭管理などにミ スがみられるが、日常生活はほぼ 自立している。	服薬管理ができない、電話の応対 や訪問者の対応などが1人では難 しい。	介護保険サービス (p16) ◆通所介護 ◆通所リハビリ ◆訪問看護 ◆訪問リハビリ ◆小規模多機能型居宅介護	
社 会 参 加	◆老人クラブ ◆介護予防サポーター養成講座 ◆いきいきサロン ◆スマイルポイント (p13・17)				
安否確認・見守り	◆緊急通報装置 (p19) ◆認知症サポーター養成講座 ◆小規模多機能型居宅介護 ◆消費生活センター (p3) ◆日常生活自立支援事業 (p17)				
支 活 支 援	◆配食サービス (p20) ◆寝具洗濯サービス (p19) ◆成年後見制度 (p11) ◆訪問介護 ◆小規模多機能型居宅介護 ◆短期入所生活介護 (p16)				
身 体 介 護			◆通所介護 ◆訪問介護 ◆小規模多機能型居宅介護 (p16)		
医 療	◆かかりつけ医 ◆福岡県認知症医療センター(国立病院機構大牟田病院) ◆専門医療機関 (p6~7)				
内 容	◆みやま市地域包括支援センター ◆認知症・高齢者相談会 ◆認知症初期集中支援チーム ◆認知症の人と家族の会(福岡支部) (p9~10) ◆福岡県認知症医療センター(国立病院機構大牟田病院)：電話相談受付時間は平日9~17時 (p7)				
相 家 族 支 援	◆認知症カフェ (p19)		◆SOSネットワーク (p18)		
			◆徘徊高齢者捜索システム ◆介護用品給付 (p18~19)		
住 ま い	◆有料老人ホーム ◆サービス付き高齢者向け住宅 (p17)				
			◆認知症対応型共同生活介護(グループホーム) (p16)		
	◆養護老人ホーム (p20) ◆軽費老人ホーム (p17)				

(4) 介護従事者の認知症対応能力の向上の推進

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

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

4 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援の推進

(1) 高齢者の消費者被害の防止の取組みの推進

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

高齢者の消費者被害に対しては、商工観光課消費生活相談窓口や柳川・みやま消費生活センターにおいて、相談支援を行っています。

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

(2) 若年性認知症の人への支援

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

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

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

本市では、若年性認知症の人やその家族に対する相談窓口の情報をみやま市認知症ケアパスに掲載していますが、若年性認知症の人の居場所づくり、就労・社会参加等に対応できる事業所が少ないため、居場所の確保が課題となっています。

今後は、若年性認知症の方でも社会参加できるよう受入を協力してくださる事業所を募り、居場所づくりの推進を図っていきます。

(3) 認知症カフェの拡充と認知症の人の意思決定に基づく本人支援の推進

① 認知症カフェ

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

本市では、認知症カフェを2カ所（カフェよりえの森、オレンジ・サポート・カフェ“みやま”）設置し、各会場月1回ずつ開催しています。

また、認知症カフェが地域に広がるように、団体等が開催、運営する際にかかる事業費の一部に対して補助を行っています。

今後も、新規開設へ向けた取り組みとして、市のホームページを活用し周知に努めます。

	第7期計画の計画値			第7期計画の実績値		
	H30年度	R1年度	R2年度	H30年度	R1年度	R2年度
認知症カフェ設置数 (累積)	2	3	3	2	2	2

	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
認知症カフェ設置数(累積)	3	3	3

② 認知症の人の意思決定に基づく本人支援の推進

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

本計画においては、前述した行政・医療従事者・介護従事者の認知症対応能力の向上を図りつつ、認知症の人の意思決定に基づく本人支援の推進として、認知症カフェ等を起点として認知症サポーターや認知症地域支援推進員を中心とした「チームオレンジ」の設置に向けて実施体制について検討します。

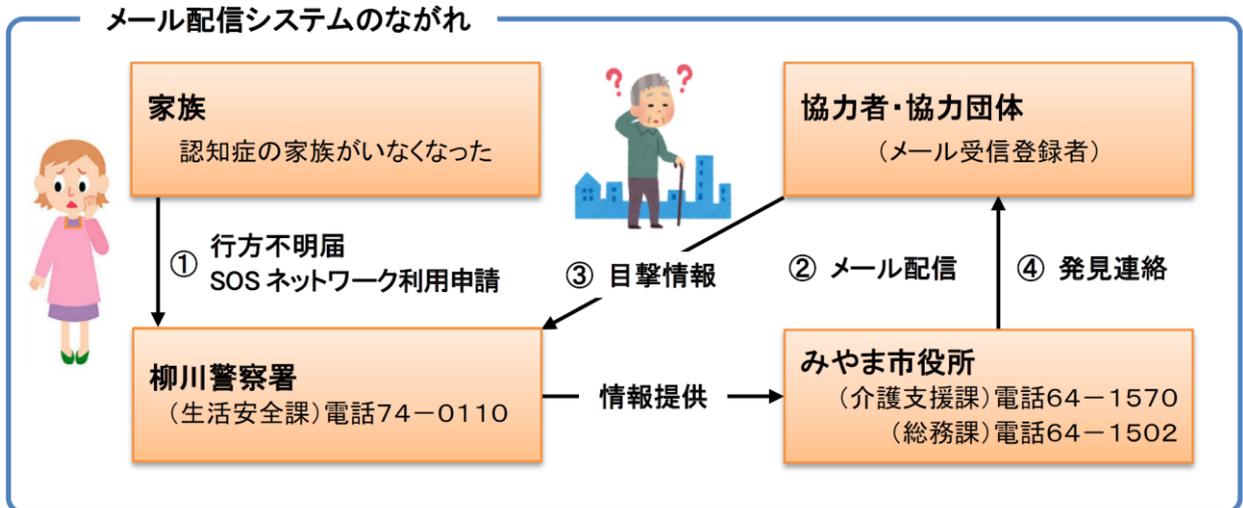
また今後、高齢者の権利擁護・虐待防止の重要性が、これまで以上に高まることから、親族以外の市民による支援である市民後見人を含めた成年後見制度の周知、啓発と活用の促進に取り組めます。

(4) 認知症高齢者等 SOS ネットワーク

① SOS ネットワーク事業

認知症高齢者などの行方不明が発生した場合において、警察に行方不明届を出した家族などの申請により、協力者（メール受信登録者）の携帯電話などに、行方不明者の特徴などの情報をメール送信することで、早期発見を図ります。

今後も、市ホームページ等により協力者の拡大を図ります。



② 徘徊高齢者検索システム

行方不明になる恐れのある認知症高齢者の人が、専用端末を身につけ、所在不明になった場合に、GPS（位置情報）システムを利用し、家族に現在位置を知らせるサービスです。

③ みやま市認知症高齢者 SOS ネットワーク模擬訓練

認知症の人が行方不明になった場合を想定し、地域住民による発見や正しい声のかけ方、付添いの方等を学ぶ機会として、みやま市認知症高齢者 SOS ネットワーク模擬訓練を実施します。

地域の要望に応じて、適宜開催できる体制を整備し、年間1回以上の開催に取り組みます。

第3章 在宅医療と介護の連携推進

【第7期計画の評価】

事業名		評価
医療介護連携事業	在宅医療・介護連携推進事業	◎
	多職種連携体制の構築	◎

【現状と課題】

在宅医療・介護連携推進事業の8項目のうちの一部を地域医師会に委託し、柳川みやま在宅医療介護連携推進研修会を開催し、保健・医療・介護の連携の推進を図っています。

課題としては、在宅医療・介護連携推進事業の8項目をそれぞれに実施するのではなく、8項目の連動性を高めながらPDCAサイクルに再編していくことが挙げられます。

【方向性】

みやま市地域包括ケアシステムが目指す在宅で安心して暮らせる体制の整備に向けて、地域医師会と連携して在宅医療・介護連携推進事業に取り組むとともに、みやま市在宅医療・介護連携推進協議会の活動を通じて、医療と介護をはじめとした多職種連携体制づくりを強化します。

地域包括支援センターは高齢者の総合相談、権利擁護、介護予防のケアマネジメント、地域のケアマネジャー支援等の業務を通じて、2025年を目途とした地域包括ケアシステムの実現に向けた中核機関となることが期待されています。

しかし、高齢化の進展や人びとの暮らしや地域のあり方が多様化している中、複合化・複雑化した課題に対し今後は、地域共生社会の実現に向けた丸ごと相談（断らない相談）や介護分野だけでなく、障がい分野を踏まえた社会参加等の事業を推進するために、地域包括支援センターの役割、業務内容、人員体制等の見直しに取組み、地域包括支援センターの機能強化を進めます。

1 在宅医療・介護連携の推進

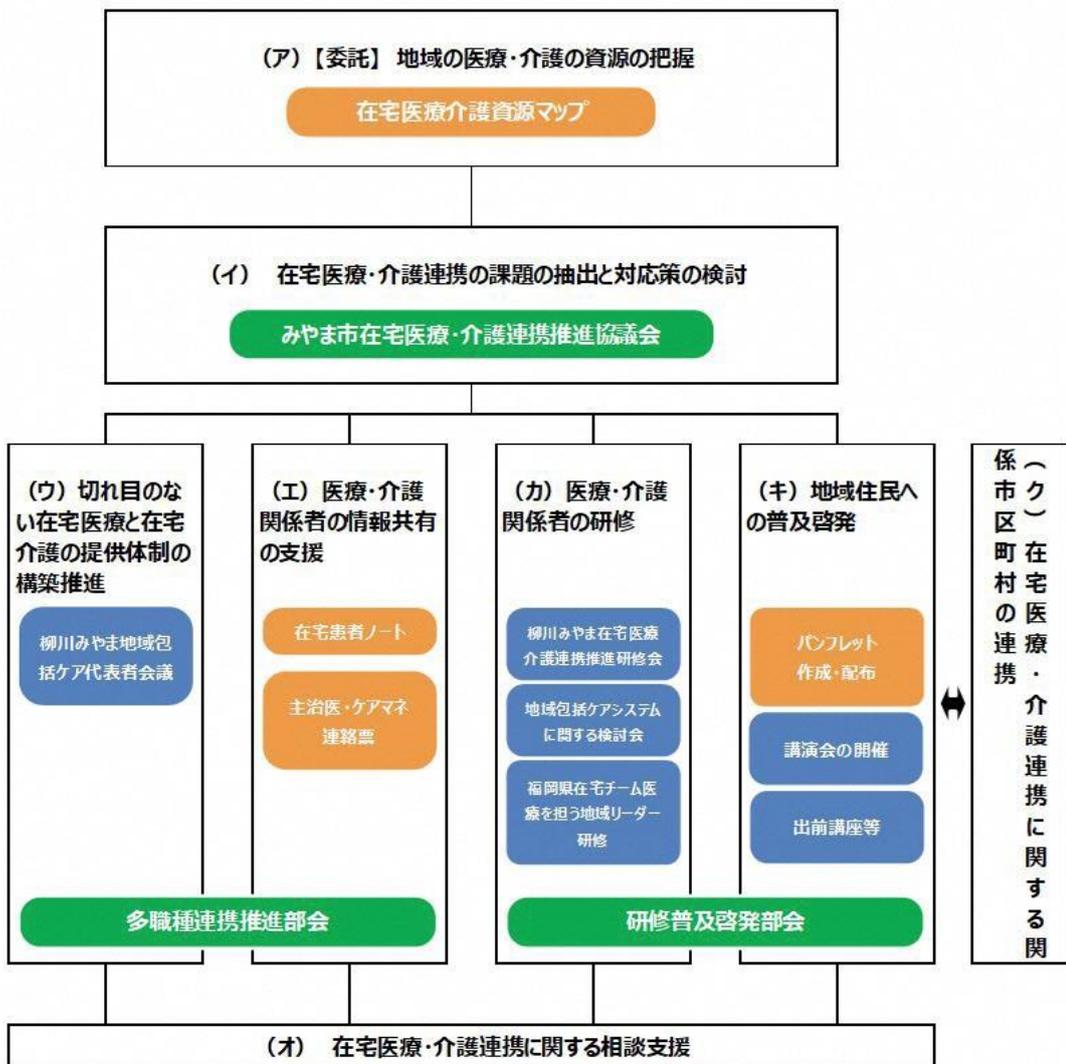
今後増加する在宅の高齢者を支えていくためには、地域単位による医療と介護をはじめとした多職種連携体制づくりが必要であり、意見交換の場づくりや課題などの共有、解決策の検討など、地域医師会などと協働した取り組みが重要となります。

このため、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、医療と介護をはじめとする多職種連携強化を推進するとともに、地域ケア会議の充実を図り、地域の課題を地域で解決できる仕組みづくりに取り組んでいきます。

(1) 在宅医療・介護連携推進事業の推進

国の示す在宅医療・介護連携推進事業の8項目については、地域医師会への一部委託も含めて実施します。

地域包括ケアシステムの早期実現に向けて、関係機関が医療・介護提供体制のあるべき姿(目標)や進め方の全体像を協議・共有しながら、在宅医療・介護連携推進事業を展開します。



(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

在宅医療、認知症サポート、医療・介護機関検索、介護予防などに関する情報提供の充実を図るため、在宅医療・介護連携情報サイトを随時、更新します。

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

地域の医療・介護関係者等が参画する「みやま市在宅医療・介護連携推進協議会」を開催し、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出及び対応策等を協議します。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

地域のケアマネジャー、訪問看護ステーション、薬剤師、栄養士、歯科衛生士等の医療・介護関係者の協力を得ながら、本市の実情に応じて、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築に取り組みます。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

医療・介護関係者間の情報共有のツールとして、在宅患者ノート、主治医・ケアマネ連絡票を活用します。

本ツールが関係者で効果的に使用され、医療・介護関係者の連携が促進されることが重要であることから、在宅患者ノートについては、ケアマネジャーによる活用結果を地域医師会へ報告し、意見交換を行いました。

また、主治医・ケアマネ連絡票は医師への情報提供として活用しています。

定期的に活用の状況をモニタリングし、必要に応じてツールを見直します。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

在宅医療や介護に関して、地域の医療・介護関係者等からの相談を受け付ける窓口を、地域包括支援センターに設置しています。今後は、医療機関等にチラシを配置することで、窓口の周知を図ります。

また、連携調整、情報提供等の機能を確保し、在宅医療・介護連携の取組を支援します。

なお、実際に寄せられた在宅医療・介護連携に関する相談内容は、「みやま市在宅医療・介護連携推進協議会」等で報告します。

(カ) 医療・介護関係者の研修

柳川みやま在宅医療介護連携推進研修会を開催し、市内の医療・介護関係の多職種が、共同で参加する講義・グループワーク形式の事例検討をおこなっています。

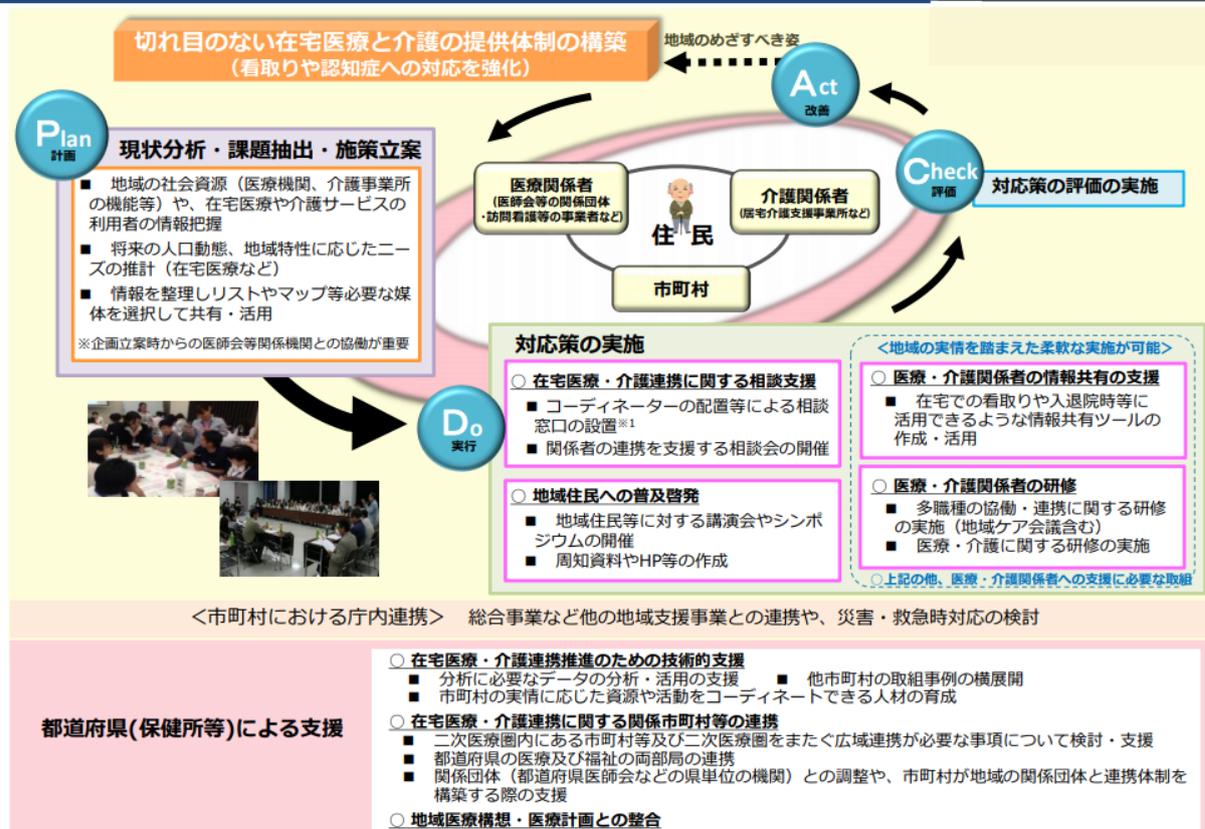
(キ) 地域住民への普及啓発

在宅医療・介護に関する講演会の開催や、パンフレットの作成・配布、出前講座等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進します。

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

関係市町、県との定期的な会議を開催し、広域連携が必要な事項について協議します。

地域包括ケアシステムの実現に向けた第8期介護保険事業計画期間からの在宅医療・介護連携推進事業の在り方



本計画では、これまでの8つの事業を再編し、地域のあるべき姿を意識しながら、主体的に課題解決が図れるよう、また、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を更に進められるよう、国が示す「在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver. 3」に沿って以下の考え方で見直しを行います。

- 現状分析や課題把握、企画・立案等に関する事業を整理し、取組趣旨を明確化
- 地域の実情に応じた取組が可能となるよう、事業選択を可能に
- 他の地域支援事業に基づく、事業と連携し実施するよう明確化

本市では、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることが出来るよう、在宅医療と介護を一体的に提供し、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、住民や地域の医療・介護関係者と地域のめざすべき姿（地域の理想像）を共有し、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進するために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。

(2) 多職種連携体制づくりの推進

要介護状態になっても地域の中で生活していくためには、多職種連携によるチームケアによって、在宅医療と介護が一体的に提供されることが重要となります。

現在、多職種が合同で参加する講義・グループワーク形式の事例検討の開催や、医療と介護の関係者が参画する会議における、現状と課題の抽出、対応策の検討を実施しています。

地域の介護支援専門員、訪問看護ステーション、薬剤師、栄養士、歯科衛生士等の医療・介護関係者の協力を得ながら、本市の実情に応じて、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取組を行っていきます。

第4章 多様な住まい・サービス基盤の整備

【第7期計画の評価】

事業名		評価
高齢者福祉サービスに関する事業	配食サービス事業	◎
	安心生活見守り支援事業（緊急通報システムの貸与）	◎
	生活支援の充実（寝具洗濯サービス事業）	◎
	高齢者の移動手段の確保（タクシー利用券交付）	◎

【現状と課題】

高齢者福祉サービスを必要としている市民に、円滑にサービスを提供することができるように、アウトリーチを含めた関係機関との相談支援体制の拡充を図る必要があります。

【方向性】

在宅で介護を受けている方のうち、早期に適切な施設・居住系サービスの利用が必要と考えられる方に対する支援を拡充し、また新型コロナウイルス感染症対策を含めた感染症対策を介護事業者と連携して推進するとともに、近年増加傾向にある災害に対する備えについても地域、介護事業所と連携して取り組みます。

1 地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進

「地域共生社会」とは、制度・分野ごとの『縦割り』や、「支え手」と「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、それぞれ『我が事』として参画し、人と人、人と資源が、世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがいと地域を、ともに創っていく社会のことです。

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

(1) 市民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制づくり

住民に身近な圏域において、他人事を「我が事」に変えていくような働きかけを行い、地域福祉を推進するために必要な環境の整備を図ります。

さらに地域住民ボランティア、社会福祉協議会、地域包括支援センター、障がい者相談支援事業所、地域子育て支援拠点、社会福祉法人、NPO法人等と地域の課題を包括的に受け止める場を生活支援体制整備事業と連動して創出し、市民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制づくりを推進します。

(2) 地域共生に向けた包括的支援事業の推進

近年、高齢化や単身世帯の増加、社会的孤立などの影響により、人々が暮らしていくうえでの課題は、様々な分野の課題が絡み合い、個人や世帯において複数の分野にまたがる課題を抱えるなど「複合化」しています。これらの課題を的確に対応するために、各制度の相談支援機関を総合的にコーディネートするために必要な人員など包括的・総合的な相談体制を検討します。

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

(3) 共生型サービスの普及に向けた取り組みの推進

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

2 高齢者在宅福祉サービスの提供

(1) 配食サービス事業の提供

調理が困難な高齢者等に対して、栄養バランスのとれた食事を提供するとともに、利用者の安否確認を行います。

	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
利用者数(人)	180	180	180

(2) 安心生活見守り支援事業の提供

ひとり暮らし高齢者等が、急病などの緊急時の通報や各種相談ができる緊急通報装置を設置することで、日常生活での不安解消及び緊急時の迅速な対応を行います。

	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
利用者数(人)	360	360	360

(3) 寝具洗濯サービス事業の提供

在宅のひとり暮らし高齢者や寝たきり高齢者等の寝具を洗濯・乾燥することにより、清潔で快適な生活が過ごせるよう支援するとともに、介護者の負担軽減を図るため、寝具洗濯サービスを実施します。また、介護保険の要介護認定状況等を把握しながら対象者の見直しを図ります。

	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
利用者数(人)	50	50	50

(4) 介護用品給付事業の提供

常時おむつを使用している要介護認定者などを居宅で介護している家族に対して、経済的負担軽減を図るとともに在宅生活の継続を図るため、介護用品の給付を実施します。また、国の動向を見ながら対象者の見直しを図ります。

	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
利用者数(人)	130	130	130

3 高齢者の見守りネットワークの構築と生活支援サービスの提供

(1) 生活支援体制整備事業の推進

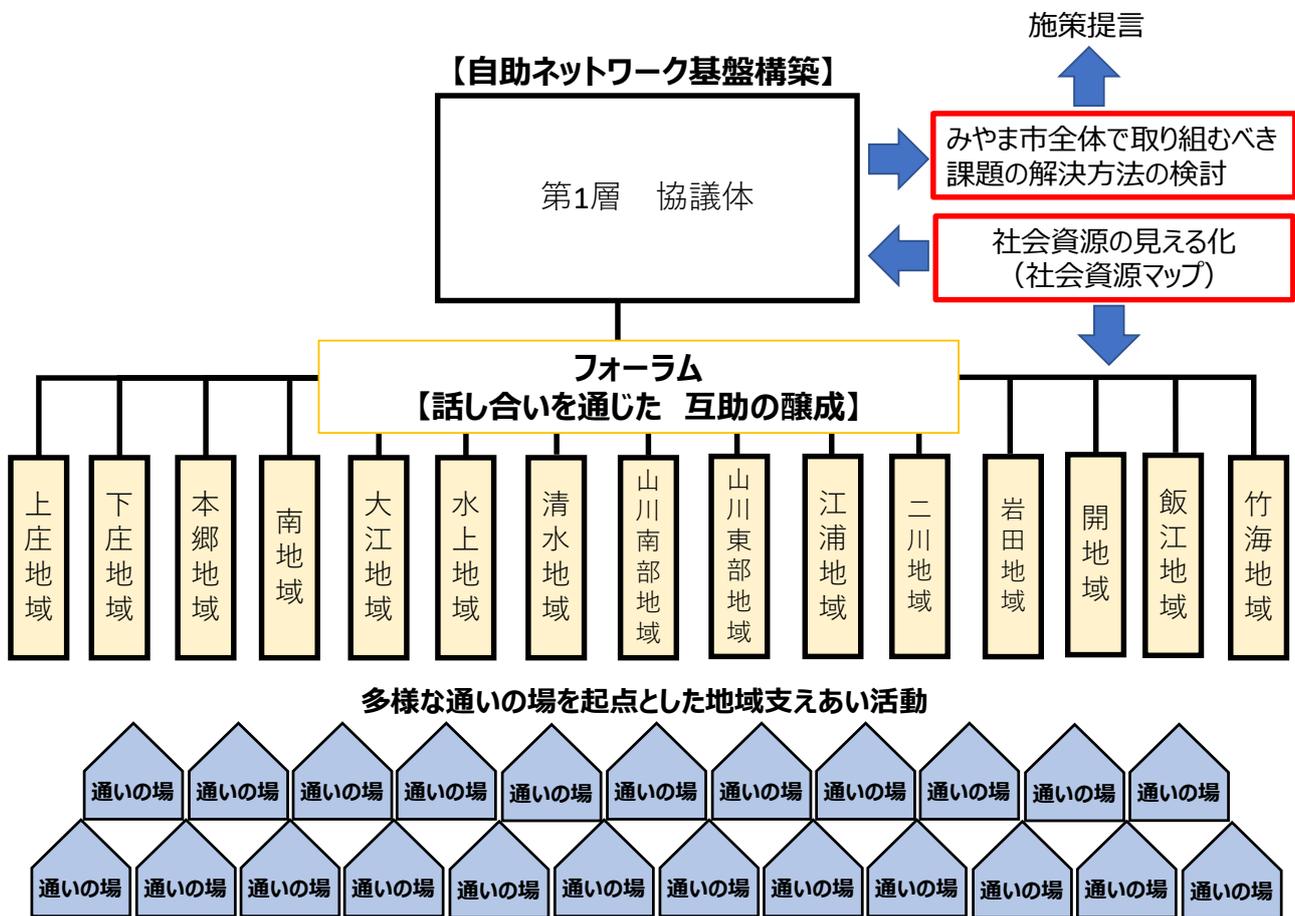
高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進していくことを目的とし、地域において、提供体制の構築に向けたコーディネート機能（主に資源開発やネットワーク構築の機能）を果たす生活支援コーディネーターを配置しています。

また、提供主体などによる定期的な情報の共有・連携強化の場として、市を主体とする協議体を設置し、ネットワークを構築しています。

第1層生活支援コーディネーターを1人配置し、旧小学校地域ごとに分かれて地域課題の把握、社会資源（通いの場等）の確認を行うためのフォーラムを開催していきます。

また、地域の困りごとであった買物支援サービスを社会福祉協議会や民間企業と連携し移動訪問販売を開始しました。

今後は、地域の社会資源や課題が市民に伝わるよう、フォーラムで知り得た情報を記した地図の作成や情報紙にまとめて周知を行っていきます。



イメージ図

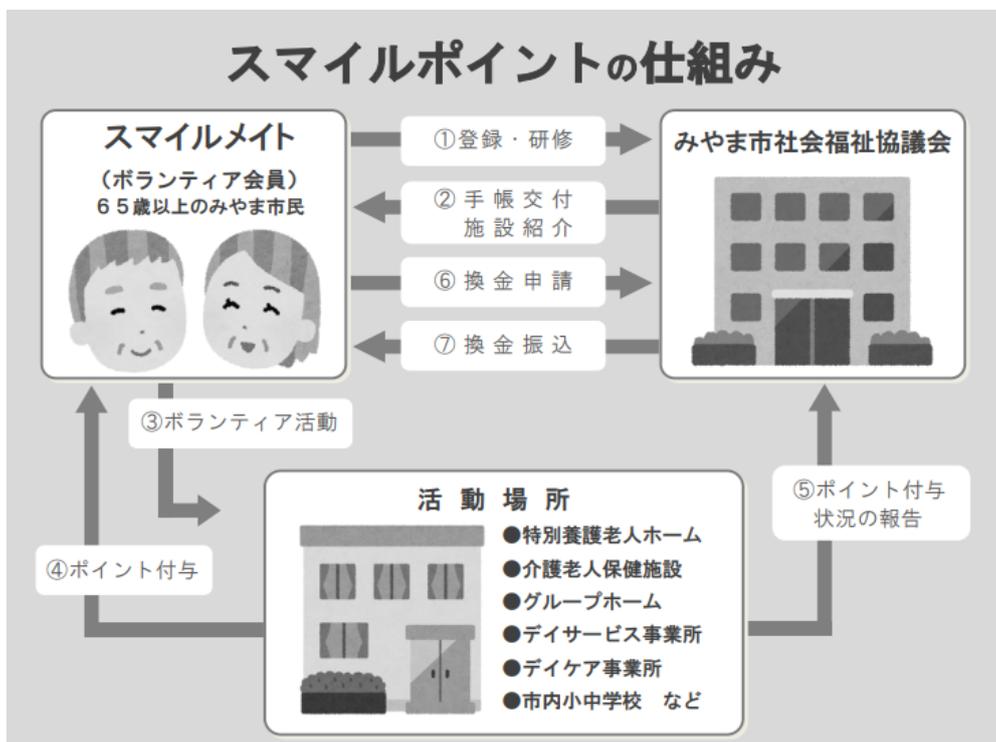
(2) スマイルポイント事業の活用による生活支援サービスの推進

平成27年10月より介護予防ボランティア支援事業「スマイルポイント」を開始しました。市内の65歳以上の元気な高齢者の地域貢献、社会参加および健康づくり等を推進し、ご自身の介護予防に役立てていただくとともに、ボランティア活動を支援する事業です。ボランティア活動を行うには、事前研修と登録が必要となっています。主な活動は、介護予防事業の補助、入所者・利用者の話し相手、散歩、外出等の移動補助等です。また学校でのボランティア活動も対象となります。

今後は、さらに活動範囲を拡大し、生活支援サービスの担い手としてスマイルポイント事業の活用に努めます。



【スマイルポイントの仕組み】



4 高齢者向け住まいの確保の推進

(1) 住まいのバリアフリー化の促進

介護予防・重度化防止及び住宅内で起きる事故防止の観点からも、住まいのバリアフリー化のための啓発・広報に取り組みます。在宅の要介護認定者に対しては、ケアマネジャー等と連携して、必要な住宅改修や住宅改造の助成等を実施します。

また、「住みよか事業」として、一定の条件を満たす高齢者を対象に、住宅に改造する費用を助成し、在宅生活を支援しています。

(2) 公営住宅のユニバーサルデザインの推進

高齢者が、住み慣れた地域で必要に応じた住まいを確保でき、誰もが日常生活を安全に安心して暮らすために、公営住宅のユニバーサルデザインを推進します。

(3) 有料老人ホーム等の県との情報共有

特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付高齢者向け住宅が増加しており、多様な介護サービスの受け皿となっています。県と連携しながら、特定施設入居者生活介護（地域密着型を含む）指定を受ける有料老人ホーム及びサービス付高齢者向け住宅（介護付きホーム）への移行を促し、未届けの有料老人ホームを確認した場合は、継続的に県へ情報提供を行います。また、介護サービスの相談員を積極的に活用することや、指導監督の徹底等による質の確保を図ります。

	住宅型有料老人ホーム	サービス付高齢者向け住宅
設置数（箇所）	17	2
定員総数（床）	243	39

5 高齢者の移動手段の確保

(1) コミュニティバスの利活用促進

高齢者の運転免許証返納者や交通弱者に対する交通手段の確保は、本市においても重要な課題となっています。

平成30年3月1日より運行しているみやま市コミュニティバス「くすっぴー号」については、市民の移動ニーズに応じたサービスを提供していくために、利用状況や市民の意見を基にして必要に応じて見直しを図ります。

(2) 多様な主体による移動支援の推進

地域の企業、社会福祉法人、介護サービス事業所等が地域貢献の一環として移動が困難な高齢者のために送迎の支援をして頂いています。

今後も助け合いの生活支援活動が充実するよう、地域の集まりの場等で情報提供していきます。

(3) タクシー利用券の交付

高齢者の運転による交通事故の抑止を図るため、運転免許の自主返納支援として、「タクシー利用券の交付」「運転経歴証明書取得奨励金の交付」に取り組んでいます。

	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
利用者数（人）	200	200	200

6 防災対策・感染症対策の推進

(1) 防災対策の推進

高齢者が住み慣れた地域で安心、安全に暮らし続けていくためには、個々の状況やニーズに応じたきめ細やかな支援が求められます。

これまで、災害時の声かけや避難の手助けが的確に行われるよう自主防災組織の役割や重要性の普及啓発に取り組んできました。また、災害時の支援が必要となる避難行動要支援者の名簿を備えることで、平常時から行政区長や民生委員などへ同名簿を提供し、日頃の見守り活動や個別支援計画作成に活用すべく働きかけを行っています。

市内事業所等に対しては、災害時における避難確保計画や業務継続計画の速やかな策定に向けて、助言や指導、情報提供等の支援を行います。また、災害時の福祉避難所の設置について、福祉避難スペースを設けた避難所を設置するとともに、社会福祉法人等との協議を進めます。

今後も、これら防災対策を推進し、地域における共助の面も含め、災害時の支援体制の構築・確保に向けて取り組んでいきます。

(2) 感染症対策の推進

高齢者は、症状の重度化や合併症が起こりやすいなどリスクが高いことから、より徹底した感染対策が求められます。

本市では、事業所・医療機関等との情報共有を図り、国・県・周辺自治体と協力してウイルス感染症の拡大防止に向けた取組みを行っています。

① ウイルス感染症対策の周知啓発

本市では、ウイルス感染症対策を広報誌やホームページに掲載することにより情報提供を行っています。今後もSNSなど他の手法も検討及び有効活用し、市民に向けたさらなる周知啓発を図っていきます。また、市職員はもちろん市内事業所職員等を対象として、感染症対策に関する研修の機会を設け、意識の向上や情報の共有を図っていきます。

② ウイルス感染症の影響を受けた方に対する相談窓口

本市では、生活自立相談支援窓口をウイルス感染症に係る無料の相談窓口として取り扱いました。感染症に関連する金銭、仕事、住居、生活、健康や接触の不安の面について相談対応しています。

今後も、感染拡大で不安を感じている市民の心のケアや、聞き取りの結果、専門外来が必要と判断した方に対する医療機関の紹介など、それぞれの状況を踏まえ必要な対応を実施します。また、感染症の拡大が懸念される場合には、相談窓口の増設など随時対応を行っています。

③ ウイルス感染症の対策をした避難所について

災害時における避難者の対応について、感染予防を徹底した避難所の設営を行います。換気の悪い密閉空間、多数が集まる密集場所、間近で発声をする密接場面を回避するため、定期的な換気、パーティションの設置により一定の距離を確保した空間づくり、避難所内の複数個所の活用を含めた利用方法を調整するなど安全・安心な避難所づくりを行います。

避難者に対しては、体調チェックの実施や、高齢者や要介護者等の感染リスクを低減させるための別室での対応、また、感染症が疑われる方について専門機関への移送を検討するなど、市と医療機関が連携を図り、感染対策を施しながら適切な避難所運営を行います。

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

感染症に対応するためのマスク、消毒液、ゴム手袋等の衛生用品やパーティション等の備蓄の確保、また、施設設備の整備など見直しと改善を図っていきます。

市内事業所等に対しては、感染予防の徹底と必要な備品の確保について周知徹底し、必要に応じて物資の確認や配布を行うなどして、感染対策の体制の維持に努めます。また、市内事業所等において策定が必要な業務継続計画の作成に向けて、助言や指導、情報提供等の支援を行います。

第5章 高齢者の虐待防止・権利擁護

【第7期計画の評価】

事業名		評価
権利擁護事業	成年後見制度の利用促進に向けた取組みの促進	○

【現状と課題】

事業に着手しておりおおむね順調に進行しています。課題としては、新型コロナウイルス感染症の影響で、高齢者虐待が増加している可能性があり、高齢者虐待に関する普及啓発および早期発見・早期対応を行っていく必要があります。

【方向性】

高齢者虐待とは、高齢者の「人としての尊厳を傷つける行為」であり、高齢化が進む中で大きな社会問題となっています。

高齢者虐待を早期に発見し、問題の深刻化を防ぐために、近隣住民をはじめ、地域の民生委員や自治会、介護保険サービス事業者等、高齢者の身近な関係者へ高齢者虐待に対する理解を深めるとともに、地域の民生委員や警察等と連携して活動できる体制整備等を推進します。

権利擁護とは、認知症、知的障がい、精神障がい等の理由で、各種の契約締結についての判断や、日常的な金銭管理等の判断能力が不十分な人たちの権利や利益を守る事です。

社会福祉協議会や社会福祉法人との連携を強化し、認知症をはじめとした高齢者の権利を守る地域福祉権利擁護事業の周知・啓発を推進します。

また、高齢者の権利擁護、虐待防止を図る上で重要な制度である「成年後見制度」の活用を促進するために、広報誌等で市民へ普及・啓発に努めます。

1 高齢者の虐待防止・権利擁護の推進

(1) 高齢者虐待防止に関する啓発の充実

高齢者虐待は、身体的なものから心理的、性的、経済的、介護・世話の放棄など多岐にわたりますが、このような行為は高齢者の心身に深い傷を負わせ、高齢者の基本的人権を侵害するものであることから、虐待を早期に発見し、早期に対応する必要があります。

どのようなことが虐待にあたるのかなど、虐待に関する知識や成年後見制度の普及を促すため、パンフレットやポスターなどの作成・配布、講演会の開催など、高齢者の人権を擁護するために必要な広報活動の充実に努めます。

(2) 虐待防止機能の強化

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

今後も、高齢者虐待の早期発見・早期対応のために、警察、民生委員等との連携を図り、高齢者虐待に関する情報の共有を強化します。

(3) 虐待への対応の強化

高齢者虐待への対応は、地域包括支援センターで担っており、高齢者本人からの届出または虐待の発見者からの通報を受けた場合、高齢者の安全確認及び事実確認を実施します。

支援にあたっては、個別ケース会議において支援方針を決定し、必要に応じて保護やショートステイの措置を講じるなど、緊急的な対応を図ります。

高齢者の虐待においては、認知症高齢者等が虐待を受けるリスクが高いことから、認知症に関する各種施策と連携しながら、必要な人には成年後見制度の活用を促進します。

(4) 高齢者の権利擁護の推進

高齢者が介護を要する状態になっても、ひとりの人間として誇りを持ち、適切なサービスを選択して、主体的な存在として自分らしく生活できるように支援します。

認知症等判断能力が衰えることに伴う権利侵害を未然に防ぎ、財産管理等の生活支援を行うため、地域包括支援センターや社会福祉協議会等の関係機関との連携を図り、必要に応じて成年後見制度の利用につなげるなど支援を行います。

また、高齢者が自身の選択で尊厳をもって生活できるよう、要介護状態になった場合や終末期をどのように過ごすか等、日頃から高齢者自身が考えたり家族と話し合ったりすることができるよう支援します。

2 成年後見制度の利用促進

「成年後見制度」の概要

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

（1）成年後見制度の種類

① 任意後見制度

将来、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。

任意後見契約は、公証人の作成する公正証書によって結ぶものとされています。

② 法定後見制度

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。

この制度を利用するためには、家庭裁判所に審判の申立てをする必要があります。

（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の構築に努めます。

この地域連携ネットワークにおいては、ア）権利擁護支援の必要な人の発見・支援、イ）早期の段階から相談・対応体制の整備、ウ）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。

中核機関の様々な役割は、国の基本計画において次のように提示されています。

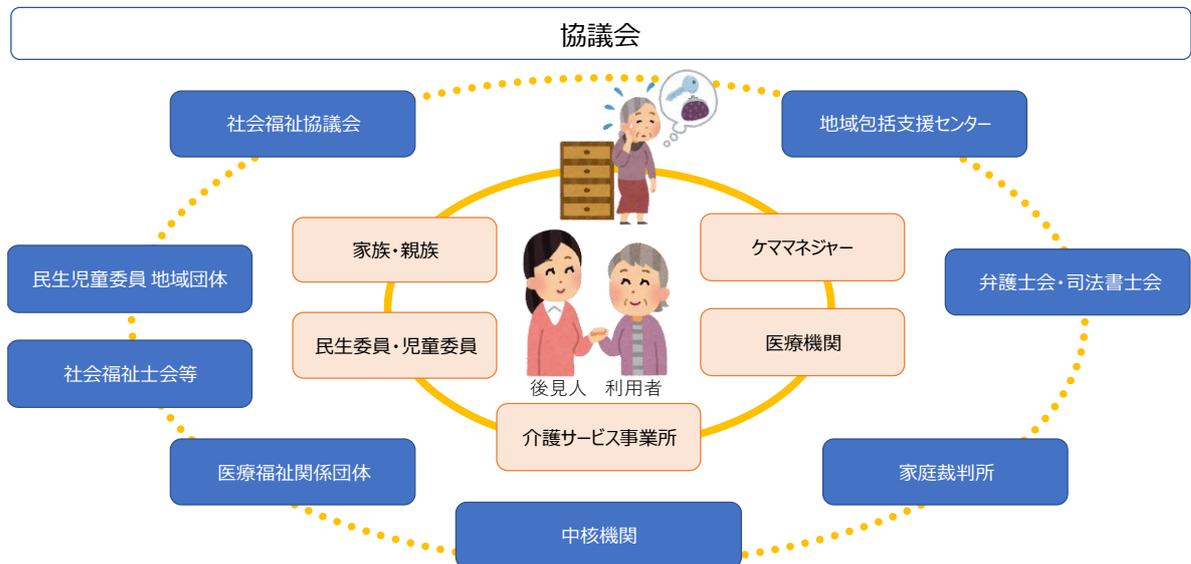
中核機関の役割	
ア	地域の権利擁護支援・成年後見制度利用促進強化に向けて、全体構想の設計と、その実現に向けた進捗管理・コーディネート等を行う「司令塔機能」
イ	地域における「協議会」を運営する「事務局機能」
ウ	地域において「3つの検討・専門的判断」を担保する「進行管理機能」
3つの検討 専門的判断	①権利擁護支援の方針についての検討・専門的判断
	②本人にふさわしい成年後見制度の利用に向けた検討・専門的判断
	③モニタリング・バックアップの検討・専門的判断

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、既存の組織を活かしながら、各種専門団体や関係機関の協力・連携強化を協議する協議会を設置する体制を構築します。



(3) 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つなげます。

さらに、利用者が身寄りのない認知症高齢者等で後見人への報酬を負担することが困難な場合、市長が法定後見制度を使って後見人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、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

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ることなどを、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や、各種イベントでの広報・啓発活動を通して、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つな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等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つながるよう周知を強化します。

また、親族後見人に対しては、制度に対する情報提供や研修会の案内などにより孤立や不安を解消し、安心して後見等業務に取り組むことができるよう支援します。

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とともに支えあい、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育成について検討していきます。

第6章 地域包括支援センターの機能・運営の強化

【第7期計画の評価】

事業名		評価
包括支援センター事業	地域包括支援センター業務状況等の評価・点検	△
	包括支援センター人員体制	△
	総合相談支援業務	○
	権利擁護業務	○
	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	○
	指定介護予防支援事業	○
	地域ケア会議	○
生活支援体制整備事業	協議体の設置	◎
	生活支援コーディネーター設置（人）	◎

【現状と課題】

市直営の地域包括支援センターとして市役所内に設置していることで、介護保険サービスや障がい福祉サービス等の関係各課との連携がとりやすく、分野横断的な支援につながり、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応することができています。

地域包括ケアシステムの推進に向け、介護予防・日常生活支援総合事業や包括的支援事業、社会保障充実事業（認知症総合事業、在宅医療介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、地域ケア会議推進事業）の充実に取り組みました。今後は、それぞれの事業の充実のみならず、独自性を持たせながらも重複・連動した取り組みにつなげるような工夫が課題です。そうした地域包括ケアシステムの推進により、地域共生社会の実現につながるよう、地域包括支援センターの機能強化・体制整備が重要です。課題は、地域包括支援センターに配置すべき3職種※が基準を満たしていない状況であること。また、国の評価指標として、3職種一人当たりの第1号被保険者数が1,250人以下となっているのに対し、現在1,823人という状況です。

地域共生社会の実現に向け、地域住民の多様化するニーズに対応できるよう、人員体制の充実と機能強化・体制整備を図っていく必要があります。※3職種…保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員

【方向性】

地域包括支援センターは高齢者の総合相談、権利擁護、介護予防のケアマネジメント、地域のケアマネジャー支援等の業務を通じて、2025年を目途とした地域包括ケアシステムの実現に向けた中核機関となることが期待されています。しかし、高齢化の進展や人々の暮らしや地域のあり方が多様化している中、複合化・複雑化した課題に対し今後は、地域共生社会の実現に向けた丸ごと相談（断らない相談）や介護分野だけでなく、障がい分野を踏まえた社会参加等の事業を推進するために、地域包括支援センターの役割、業務内容、人員体制等の見直しに取組み、地域包括支援センターの機能強化を進めます。

1 2025年・2040年を見据えた地域包括支援センターの機能強化と事業推進

(1) 地域包括支援センターの機能強化

高齢者やその家族のほか、障がいのある人への対応など、地域共生社会の実現に向けた相談支援体制の充実を検討します。

また、週1回のミーティングや月1回の三職種ミーティングを実施し、センター内の専門職員によるチームアプローチを強化します。

地域包括支援センターの認知度の向上を図るため、パンフレットの配布や地域における出前講座等に継続して取り組みます。

① 業務状況の評価・点検

本市では、地域包括支援センターを直営型で運営しています。厚生労働省が策定する評価指標を用いて、業務の状況や業務量を把握し、毎年度、評価・点検を行います。

② 適切な人員体制の確保

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

(2) 包括的支援事業の推進

包括的支援事業の全体像	
事業名	事業内容と方向性
総合相談支援業務	地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続できるよう、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、関係機関及び制度の利用につなげるなどの支援を実施します。
権利擁護業務	近年、本市においても、高齢者虐待に対する相談や通報は増えつつあります。 成年後見制度の活用や老人福祉施設等への措置の支援、高齢者虐待への対応、困難事例への対応、消費者被害の防止に関する諸制度を活用し、高齢者の生活支援を実施していきます。 なお、支援が必要なケースに対しては、保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャー等の複数の専門職で対応します。
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	包括的・継続的なケア体制の構築、地域における介護支援専門員のネットワークの活用、ケアマネジャーに対する日常的個別指導・相談、助言を実施します。
包括的・継続的なケア体制の構築	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、地域ケア会議や医療機関との多職種連携を促進します。また、地域のケアマネジャーと関係機関の間の連携を支援します。
地域における介護支援専門員のネットワークの活用	地域のケアマネジャーに対して、ケアマネジメントの資質向上に関する研修会や事例検討会への参加を促進します。また、ケアマネジャー相互の情報交換等を行う場として、地域ケア会議や、みやま市多職種連携会議等を開催します。 今後も、既存のネットワークを活用し、ケアマネジメントの質の向上を図ります。
日常的個別指導・相談、支援困難事例等への指導	地域のケアマネジャーが、日常的業務の実施にあたって相談できる窓口を、地域包括支援センター内に設置しています。ケアプランの作成技術指導やサービス担当者会議の開催支援のほか、地域のケアマネジャーが抱える支援困難事例等への指導・助言等を行います。

包括的支援事業の全体像	
事業名	事業内容と方向性
在宅医療・介護連携推進事業 (社会保障充実分)	本事業にあたっては、平成26年度から29年度までの期間、県のモデル事業（市町村在宅医療推進整備事業）として実施しました。医療介護連携を支援するコーディネーターを地域包括支援センターに1名配置し、相談窓口の設置・運営を行い、高齢者の退院支援や日常の療養支援、急変時の対応等における医療と介護の連携体制の構築などに取り組んだところです。今後は、地域医師会への委託も含め、医療と介護をはじめとした多職種連携体制づくり、研修、普及啓発などに取り組めます。
生活支援体制整備事業 (社会保障充実分)	生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）を中心に、地域住民やボランティア団体をはじめとした多様な主体による生活支援等サービスの体制整備を図ります。
認知症総合支援事業 (社会保障充実分)	認知症初期集中支援推進事業としては、平成29年度に認知症初期集中支援チームを設置しています。認知症地域支援・ケア向上事業では、平成28年7月から、認知症地域支援推進員を地域包括支援センターに配置し、認知症の容態の変化に対応した医療・介護及び生活支援を提供するためのネットワークを構築しています。 今後も本事業を活用することにより、本市の実情に応じた認知症ケア向上の取組を推進します。
地域ケア会議推進事業 (社会保障充実分)	包括的・継続的ケアマネジメント業務の効果的な実施のために、ケアマネジャーをはじめとする地域の多職種連携による自立支援型の地域ケア会議を定期的開催しています。 今後は、個別事例の支援内容の検討を通じて、以下の課題に取り組めます。

(3) 地域ケア会議を中核とした地域支援事業の連動性の向上

地域ケア会議を充実することは、ケアマネジャーの資質向上と高齢者個人に対する支援の充実、それらを支える社会基盤の整備にもつながります。

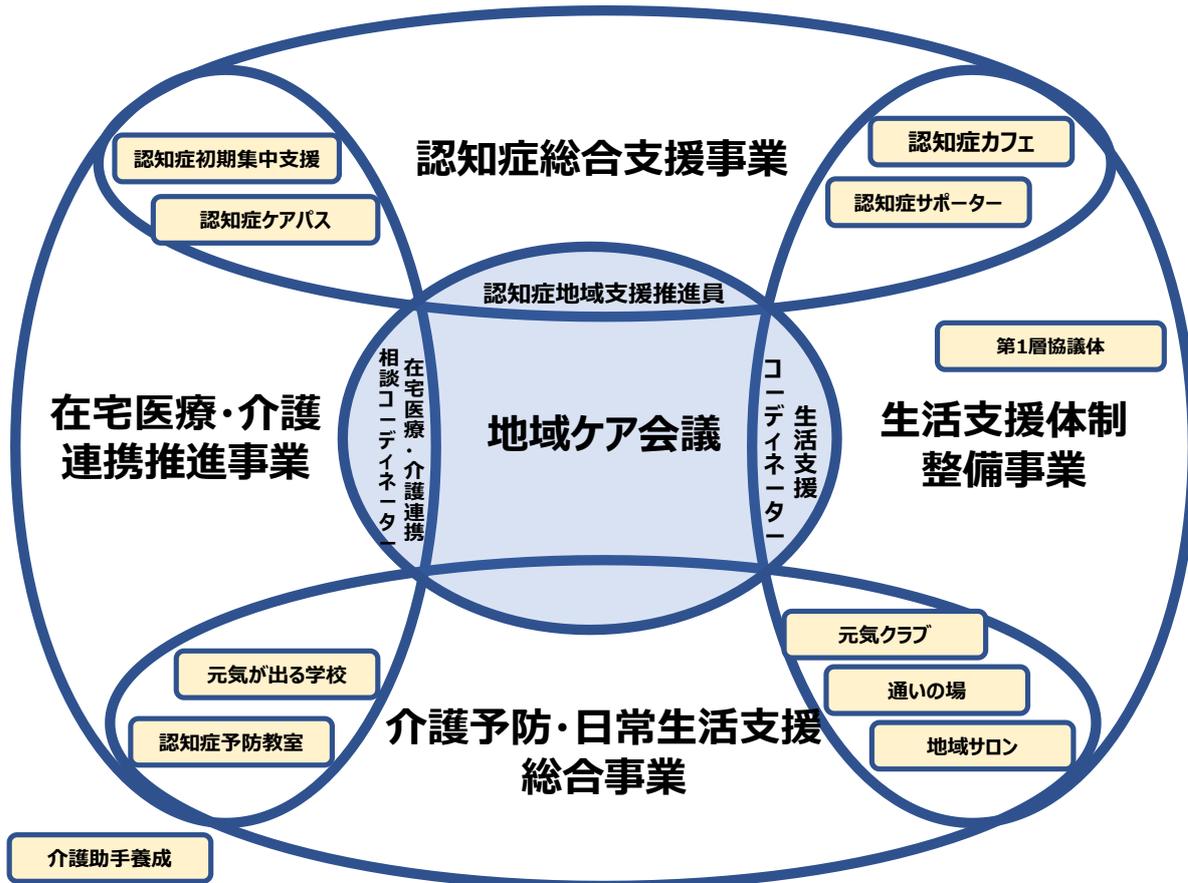
令和2年度より効率的な会議運営を図る為、民間人材のアドバイザーの活用を行い、自立支援に向けた個別地域ケア会議を毎月1回開催し高齢者の自立した日常生活を阻む真の課題の解消に取り組んでいます。

今後は、目標や体制を共有する施策体系図の作成により、個別事例の検討や、個別事例では解決できない課題の検討、市全体の課題として政策形成を図る課題の検討など、地域ケア推進会議の体制整備を含めた、地域ケア会議の全体像について共有を図っていきます。

また、地域ケア会議で抽出した検討課題を基に、医療と介護の連携や認知症への対応を検討し、新たなサービスや地域の支えあいを推進することやオンライン会議の導入についても検討を進めていきます。

① 自立支援型マネジメントの実施

介護保険における予防給付の対象となる要支援認定者が、介護予防サービス等を適切に利用できるよう、地域包括支援センターにおいて、自立支援型ケアマネジメントの考え方に基いた介護予防サービス計画を作成し、サービスの提供の確保に向けた関係機関との調整を行います。



② 各種団体等とのネットワークの構築

本市の地域包括ケアシステムの早期実現を図るための中核機関として、保健、医療、介護、福祉の分野の各専門職や各種団体、関係機関をはじめとする、さまざまな社会資源とのネットワークの構築に取り組みます。

<主なネットワーク>

- ▶みやま市民生委員児童委員協議会
- ▶南筑後在宅医療推進協議会
- ▶筑後地区高齢者障害者支援連絡協議会
- ▶柳川・みやま地区介護サービス事業者連絡会

第7章 介護人材の確保・介護サービスの質の向上

【第7期計画の評価】

事業名		評価
介護給付費適正化事業	要介護認定の適正化	◎
	ケアプラン点検	◎
	住宅改修の点検	△
	医療情報との突合・縦覧点検	△

【現状と課題】

ケアプラン点検は外部委託を活用して、担当課職員の不足をカバーしながら充実を図ることができています。

課題としては、担当課職員の不足から医療情報との突合・縦覧点検や住宅改修・福祉用具の点検など介護給付費適正化効果が高い事業が充実できていないことで、外部委託を含めた効率的な事業実施体制の再構築が課題となっています。

また、介護人材実態調査結果から、介護従事者の高齢化が進むことが想定され、介護サービスを担う人材が不足することが懸念されています。

【方向性】

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

介護職員初任者研修受講料の補助を継続して行うとともに、スマイルポイント事業を活用した介護助手等の間接介護を担う元気高齢者の養成・活用など、多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みを推進します。

1 介護給付の適正化に向けた取り組みの推進

(1) 要介護認定の適正化

要介護（要支援）認定は、介護保険法の定めにより、全国一律の基準に基づいて行われています。適切な認定審査が行われるよう、日常的なミーティングや個別事例の検討を行うことができる環境を整えるとともに、認定調査員に対する研修等を実施し、認定審査の平準化を図っていきます。

	第7期計画の計画値			第7期計画の実績値		
	H30年度	R1年度	R2年度	H30年度	R1年度	R2年度
認定調査員を対象とした研修会開催数（回）	7	7	7	6	6	6

	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
認定調査員を対象とした研修会開催数（回）	6	6	6

(2) ケアプランの点検の充実

ケアマネジャーの質の向上を目的とし、ケアマネジメントの手順の確認やケアプランの検証を行っています。今後も、適切なケアプランかどうか点検を行い、よりよいサービスが提供できるように努めるとともに、居宅介護支援事業所連絡協議会の設置を検討していきます。

また、国の方針に沿って、区分支給限度基準額の利用割合が高く、利用するサービスの大部分を訪問介護が占めるケアプランを作成している事業所を抽出し、ケアプラン点検を行います。

さらに、国の方針に沿って、同じサービス付き高齢者住宅内で区分支給限度基準額の利用割合が高い利用者が多い事業所を抽出し、ケアプラン点検を行います。

	第7期計画の計画値			第7期計画の実績値		
	H30年度	R1年度	R2年度	H30年度	R1年度	R2年度
ケアプラン点検数（件）	80	85	90	28	83	0

	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
ケアプラン点検数（件）	80	80	80

(3) 福祉用具・住宅改修の点検の充実

利用者の身体状況を踏まえた適切な住宅改修や福祉用具の利用となるよう、事業者の適切なサービス提供を促します。

今後は、住宅改修、福祉用具購入に係る申請書について、リハビリ専門職による利用の必要性の観点から内容審査を行い、不適切な申請等は、作成者及びケアマネジャーに確認を行い必要に応じて、訪問調査を実施します。

	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
点検件数(件)	20	20	20

(4) 医療情報突合・縦覧点検の実施

医療情報との突合・縦覧点検は、システムを活用し医療機関への入退院等に関する情報収集を行い、介護サービス事業者の請求内容に誤りがないか確認を行っており、過誤がある場合は、請求内容の変更等を介護サービス事業者に求めています。

今後も、過誤が無いように点検を行い、適正化を図ります。

	第7期計画の計画値			第7期計画の実績値		
	H30年度	R1年度	R2年度	H30年度	R1年度	R2年度
医療情報との突合実施率(%)	100	100	100	0	50	100
縦覧点検実施率(%)	100	100	100	0	50	100

	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
医療情報との突合実施率(%)	100	100	100
縦覧点検実施率(%)	100	100	100

(5) 介護給付費の通知

在宅サービス受給者に対して、介護報酬の請求及び費用の給付状況について通知を実施しています。給付費通知は介護サービス利用者へ送付しております。

今後も継続して取り組み、適切なサービス利用の普及啓発を実施しています。

(6) 給付情報を活用した分析・検証事業の実施

本市の給付実績を活用した、サービス利用による介護度の維持・改善等の評価を、3年に1回外部委託事業により実施しています。

今後は、評価結果に基づいて居宅介護支援専門員及び介護事業者への研修会の実施を検討していきます。

2 多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みの推進

(1) 多様な介護人材確保・定着の支援

今後、後期高齢者が増え、介護の需要が拡大するのに対し、現役世代が減少していくことや、介護従事者の高齢化により、介護サービスを担う人材が不足することが懸念されています。

良質なサービス提供のためには、介護技術を有する職員の確保と安定供給・定着支援を行うことが大きな課題となっています。

このため、多くの高齢者が健康で、仕事や地域の中の活動などで役割を担いつつ、活躍できる取組みの充実を図っていくとともに、多様な介護人材の確保と定着の支援を行っていきます。

① 介護人材不足の把握

ハローワーク等の求人情報や介護事業所へのヒアリングの実施、3年に1度の介護人材実態調査を実施し、介護人材不足の状況把握に努めます。

② 介護人材の確保

本市では、介護の基礎知識や技術を習得できる介護職員初任者研修を修了した方に対し受講料及び教材費の一部補助や生活援助サービス従事者研修の支援をしています。今後も助成制度の周知を行います。

③ 介護職員の業務負担軽減

介護の質は維持しながら、介護職員の身体的・精神的負担を軽減し、効率的な業務運営ができるよう、介護ロボットやICT機器の活用取り組み事例をもとに、事業所へ情報発信します。また、介護事業者が作成する文書に関する負担軽減に向け、事業者と意見交換を行い、取り組みを進めていきます。

④ 若い世代への情報配信

市内の小・中・高等学校等の教育機関と連携し、これからの福祉・介護を担う若者世代に対し、「介護」についての理解促進および「介護職」についての正しい情報提供を目的に介護職員の講師派遣を行い、「福祉・介護にかかわる出前授業」の実施に努めます。

⑤ 介護職員の育成

介護職員としての高い専門性と当事者意識を醸成し、介護に関する知識や技術のほか、ヤングケアラーやダブルケアラー、LGBT等の人権の視点も踏まえ、高度化、多様化する介護ニーズに応える人材の育成を目的とした研修会や、介護職員のストレスケアに関する研修会の実施を検討していきます。

⑥ 介護人材確保連絡協議会（仮称）

市内の介護サービス事業所と本市が介護人材確保連絡協議会（仮称）を立ち上げて、現在の介護人材等の状況を共有し、全国の先行事例をもとにして、介護人材確保や介護離職ゼロに対する具体策の検討を行います。

その他、国の補助金である両立支援等助成金（介護離職防止支援コース）について介護事業者へ周知を図ることで介護離職を予防し、更に定着に向けて介護従事者のスキルアップや資格取得等の支援を考えていきます。

(2) 多様なサービスの導入

多様なサービスの導入により、有資格者以外の元気高齢者の介護分野参入を促進し、新たな生活支援サービスや通いの場で支援ができる人材の発掘、育成に努めます。

また、介護施設等へのボランティア活動に対して、インセンティブを付与するスマイルポイント事業を充実させます。

更に介護助手を育成し、間接介護の担い手として事業所へのマッチングを図ることで多様な介護人材の確保を図ります。

	第8期計画の計画値		
	R3年度	R4年度	R5年度
介護助手従事者数（人）	20	20	20
介護助手受け入れ事業所数（カ所）	30	30	30

※間接介護：シーツ交換や配膳など必ずしも専門的な介護職員ではなくても、従事が可能な介護施設等における業務。

3 介護サービスの質の確保・向上に向けた取り組みの推進

(1) 介護相談員派遣事業の実施

介護保険サービスを提供する場を訪問し、利用者・家族からの相談等を介護保険サービス事業者につなげるため、介護相談員を確保し相談体制を構築します。

(2) 適正な指導監査の実施

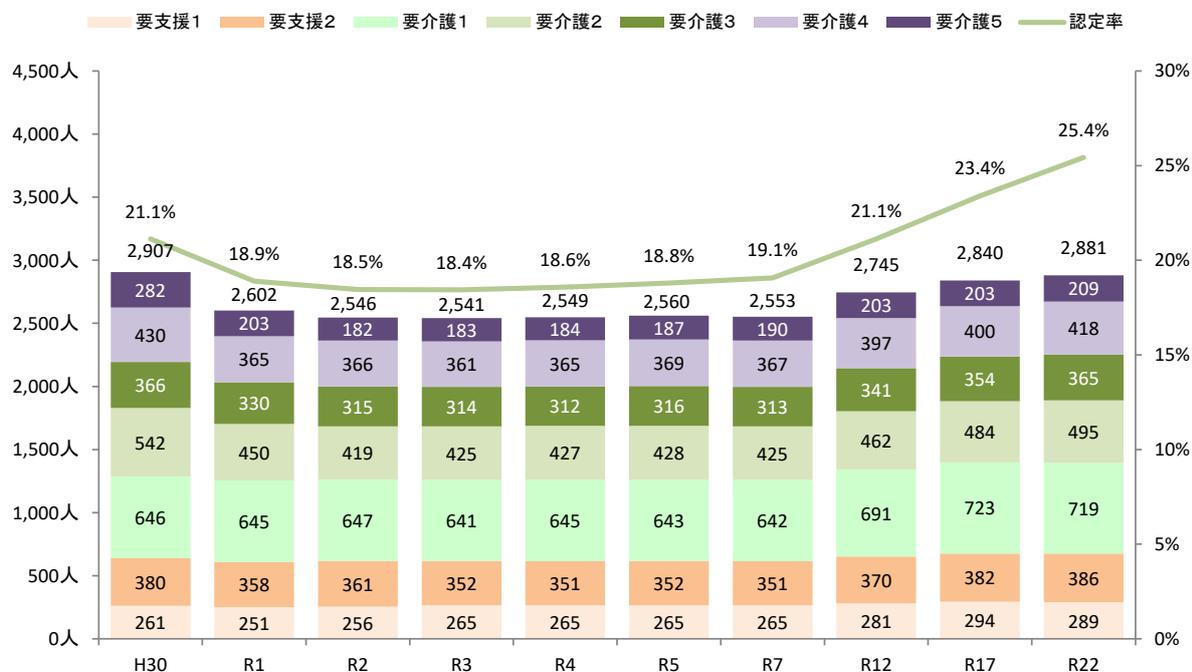
市が指定する介護サービス事業所について、指定の有効期間中に1回以上の実施指導の実施や、適切なケアマネジメントの実施に向けた研修や集団指導の実施に努め、介護給付費の適正化を図ります。

第8章 介護保険事業量の見込み及び保険料の設定

1 認定者の状況と今後の予測

認定者は、平成30年度に2,907人となっていました。令和2年度は2,545人（362人の減少）となっています。

今後の予測は、令和5年度に2,560人となり、令和2年度と比較して15人の増加となります。さらに、令和7年度には2,553人となると予測されます。



2 介護保険サービスの基盤整備

地域包括ケアシステムの構築にあたっては、訪問介護、訪問看護等の在宅サービスの充実及び定期巡回・随時対応型訪問介護看護、認知症対応型共同生活介護等の地域密着型サービスの基盤整備を行うことで、在宅生活の限界点を高める必要があります。

このため、中重度の要介護者にも対応可能な在宅サービスであり、24時間365日切れ目のないサービス提供を可能とする「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の整備を図ります。

		R3年度	R4年度	R5年度
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	定員	15	15	15
	箇所数	2	2	2
小規模多機能型居宅介護	定員	97	97	97
	箇所数	4	4	4
認知症対応型共同生活介護	定員	99	99	99
	箇所数	10	10	10
地域密着型特定施設入居者生活介護	定員	0	0	0
	箇所数	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	定員	0	0	0
	箇所数	0	0	0

3 介護給付費等対象サービスの見込み

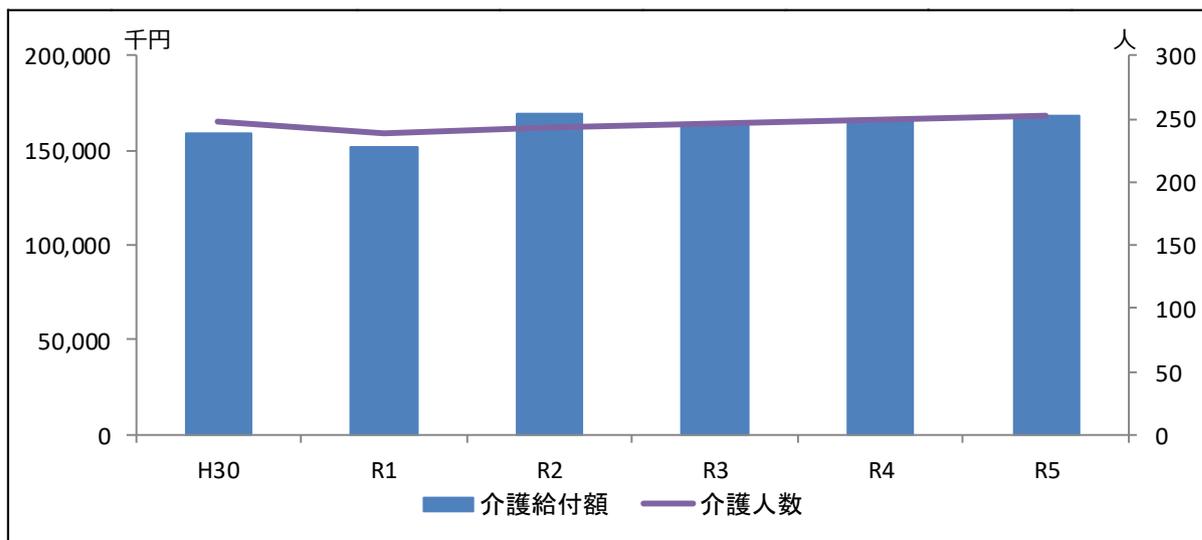
地域包括ケア「見える化」システムは、都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を、総合的に支援するための情報システムです。

介護サービス見込量及び保険料基準額の推計については、本システムを活用し、平成30年～令和2年度の「介護保険事業状況報告」に基づいて算出しています。

(1) 居宅サービス

① 訪問介護（ホームヘルプ）

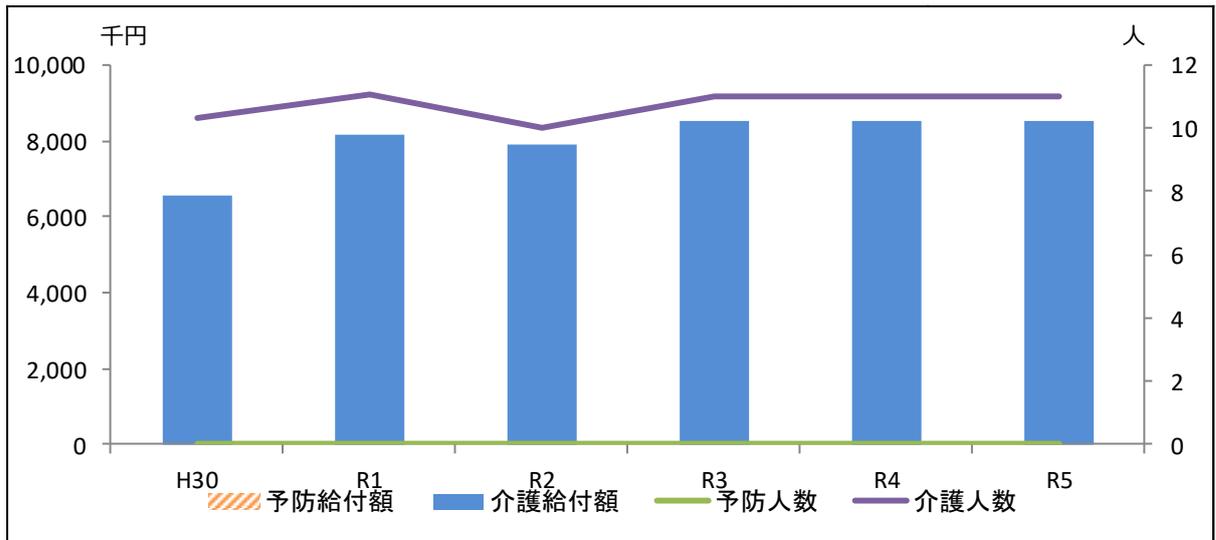
ホームヘルパーが自宅を訪問して、入浴・排せつ・食事などの介護や、家事などの日常生活の援助を行います。



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	158,884	152,237	169,906	162,755	165,834	168,722
	人数(人)	247	238	243	247	250	253

②訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

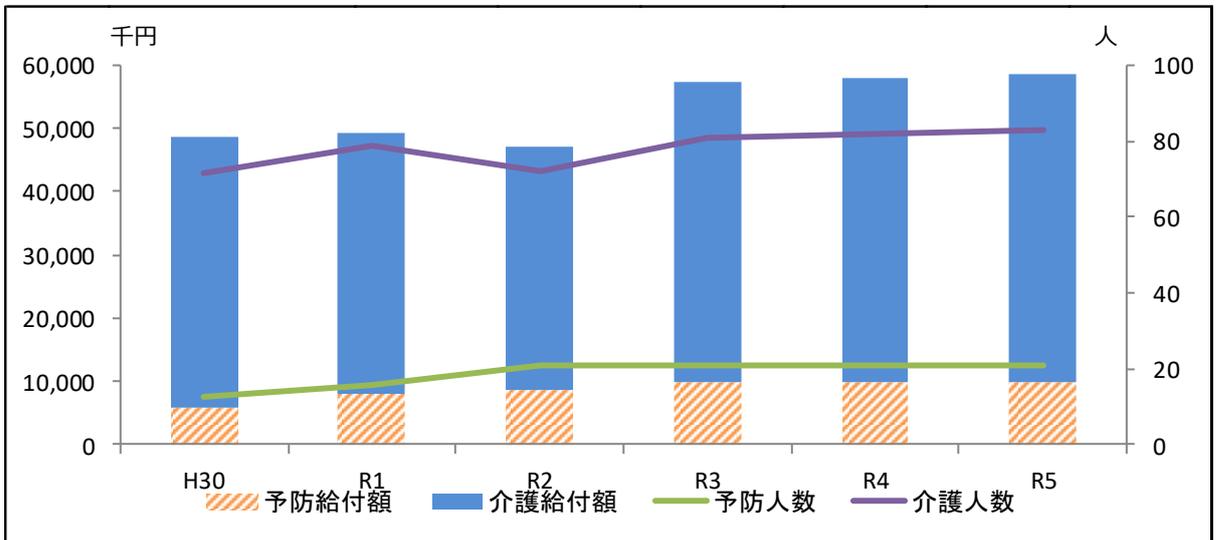
浴槽を積んだ入浴車などで自宅を訪問して、入浴の介助を行います。



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	6,576	8,167	7,908	8,546	8,551	8,551
	人数(人)	10	11	10	11	11	11
予防 給付	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0
	人数(人)	0	0	0	0	0	0

③訪問看護・介護予防訪問看護

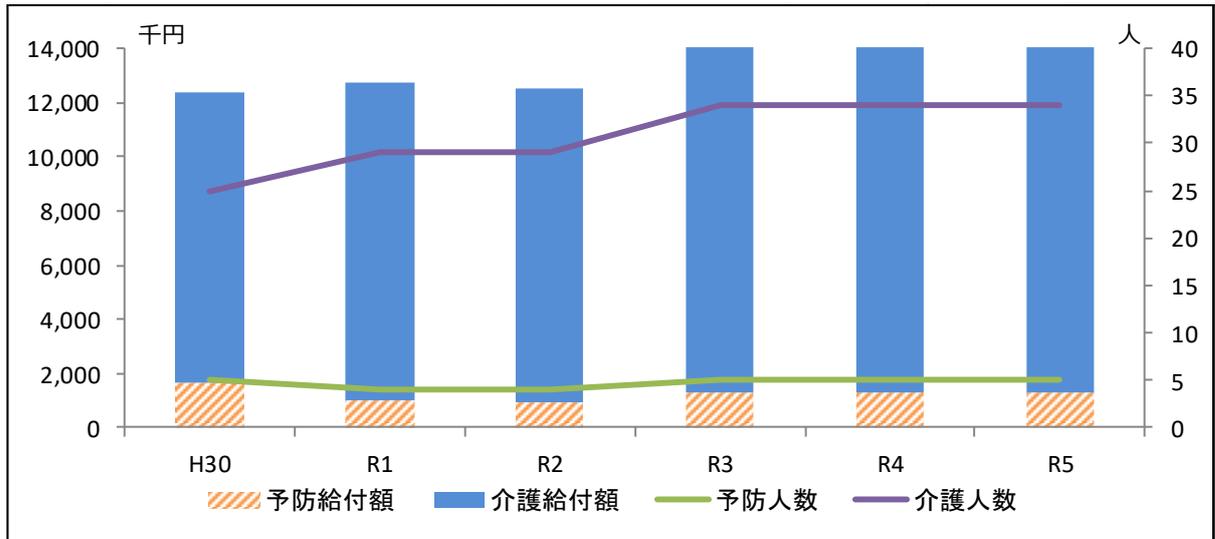
主治医の指示に基づいて看護師などが自宅を訪問して、療養上の世話や手当てを行います。



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	42,871	41,481	38,490	47,478	48,063	48,621
	人数(人)	72	79	72	81	82	83
予防 給付	給付費(千円)	5,795	7,923	8,765	9,920	9,925	9,925
	人数(人)	13	16	21	21	21	21

④訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

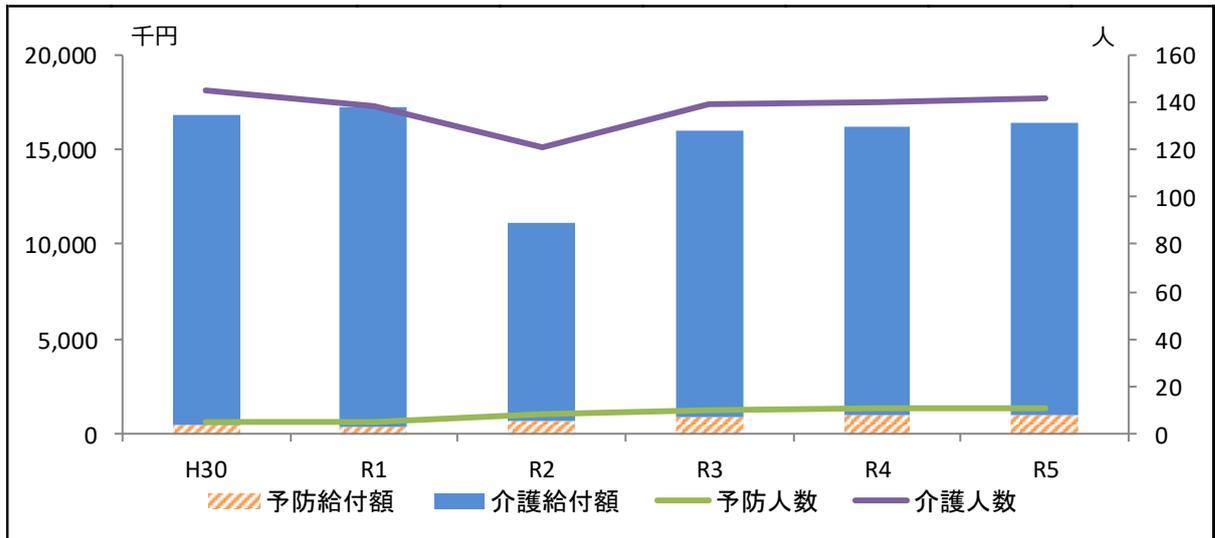
主治医の指示に基づいて作業療法士（OT）や理学療法士（PT）が自宅を訪問して、普段の生活に必要なリハビリを提供するサービスを行います。



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	10,697	11,718	11,582	13,507	13,514	13,514
	人数(人)	25	29	29	34	34	34
予防 給付	給付費(千円)	1,654	1,028	907	1,328	1,329	1,329
	人数(人)	5	4	4	5	5	5

⑤居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

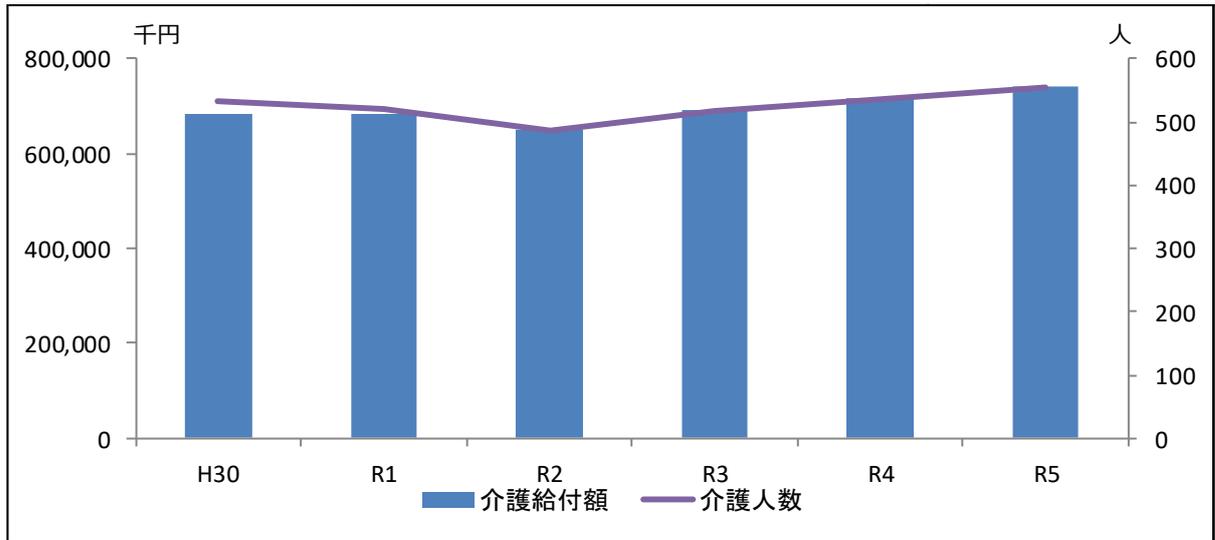
通院が困難な方に対し、医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士などが自宅を訪問して、療養上の世話や指導を行います。



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	16,400	16,816	10,459	15,119	15,251	15,470
	人数(人)	145	138	121	139	140	142
予防 給付	給付費(千円)	461	398	667	888	985	985
	人数(人)	5	5	8	10	11	11

⑥通所介護（デイサービス）

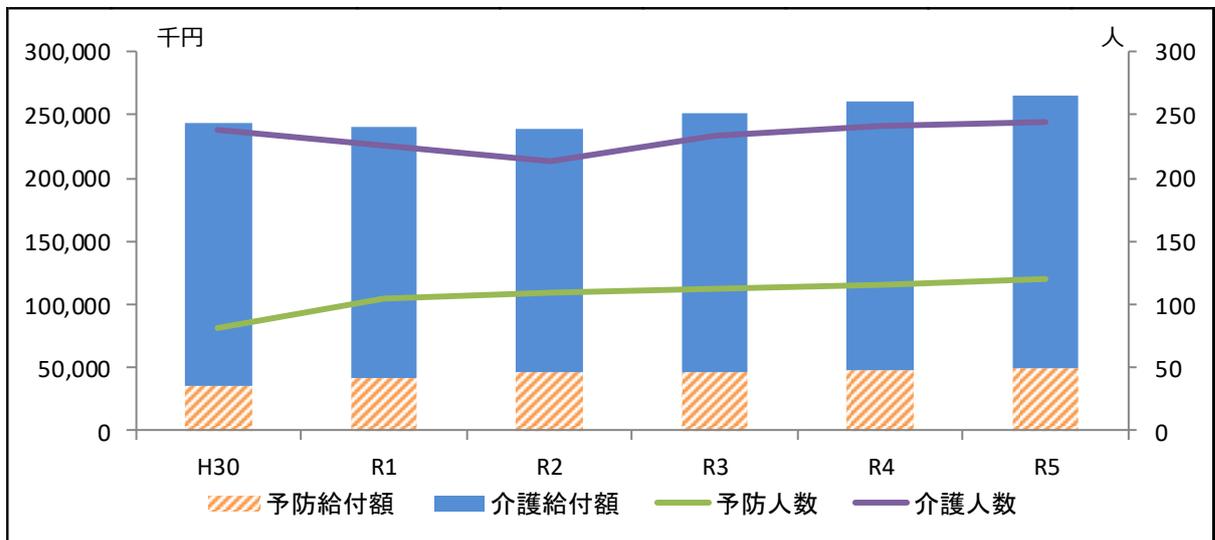
デイサービスセンターに通って、食事・入浴の提供やレクリエーションなどを通じた機能訓練を行います。



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	685,591	683,851	652,339	692,218	717,259	740,087
	人数(人)	534	521	487	519	537	554

⑦通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション（デイケア）

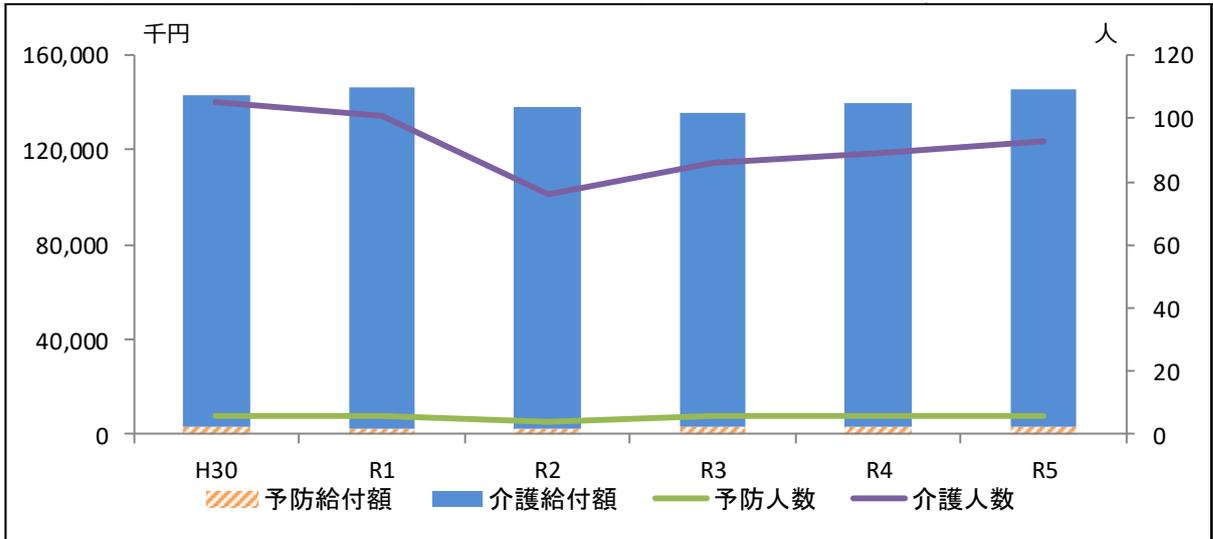
医療施設に通って、食事・入浴の提供や心身機能の維持回復の機能訓練を行います



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	208,639	198,824	193,831	204,463	211,875	215,368
	人数(人)	238	226	213	233	241	245
予防 給付	給付費(千円)	35,038	42,315	45,733	46,933	48,221	49,483
	人数(人)	82	104	110	112	116	120

⑧短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）

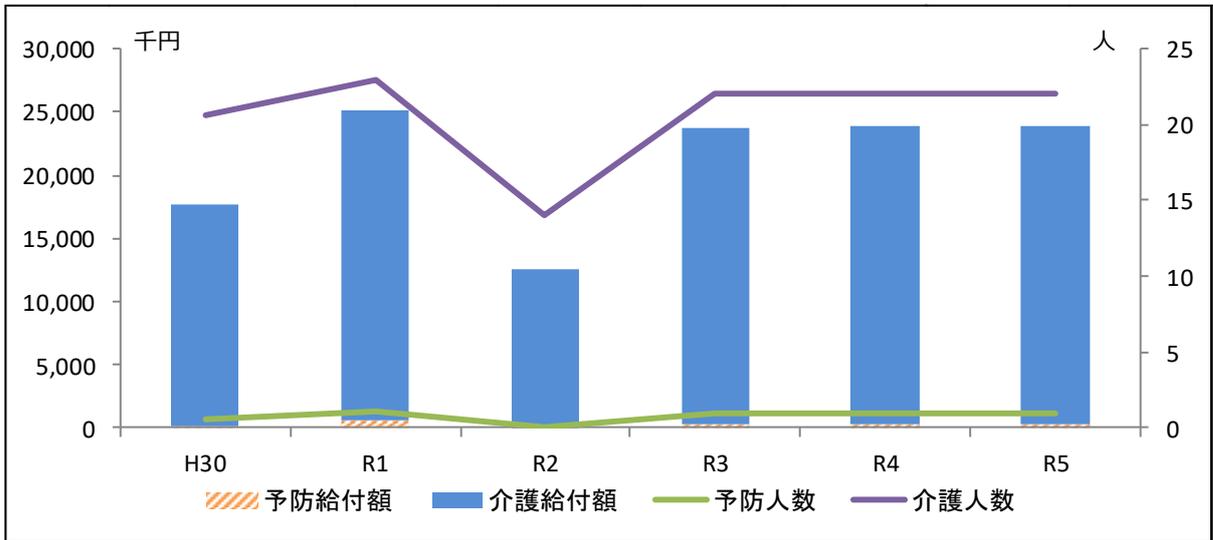
施設などに短期間入所し、食事・入浴・排せつ、その他日常生活の介護や機能訓練を行います。



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	139,855	143,723	135,962	132,970	136,498	142,215
	人数(人)	105	101	76	86	89	93
予防 給付	給付費(千円)	3,152	2,801	2,033	3,045	3,047	3,047
	人数(人)	6	6	4	6	6	6

⑨短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（老健）

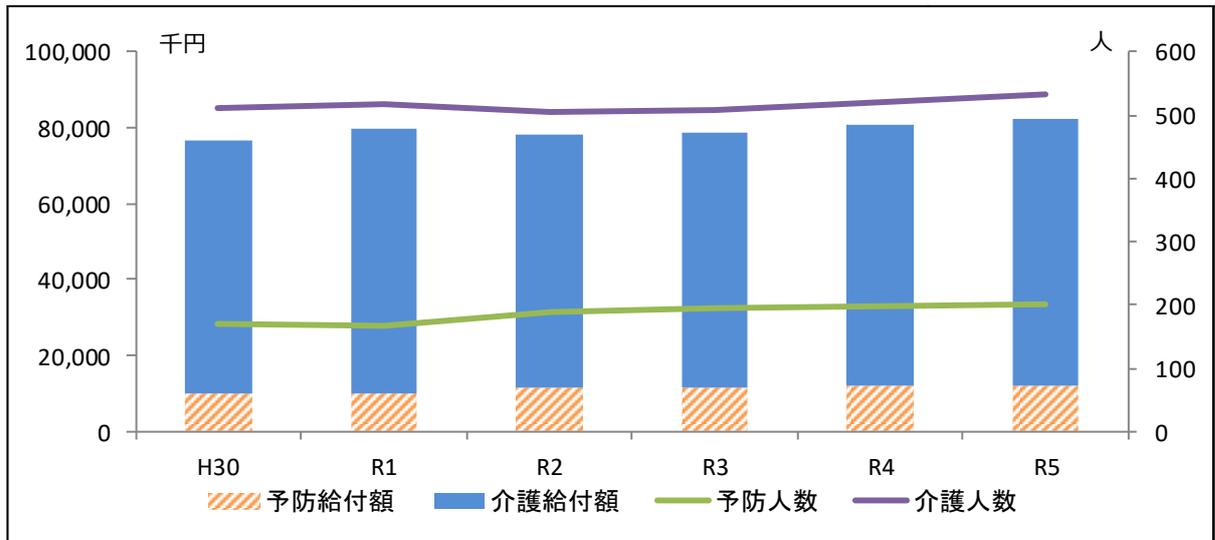
医療施設などに短期間入所し、食事・入浴・排せつ、その他日常生活の介護や看護・機能訓練を行います。



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	17,510	24,571	12,581	23,495	23,508	23,508
	人数(人)	21	23	14	22	22	22
予防 給付	給付費(千円)	217	569	0	308	309	309
	人数(人)	1	1	0	1	1	1

⑩福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

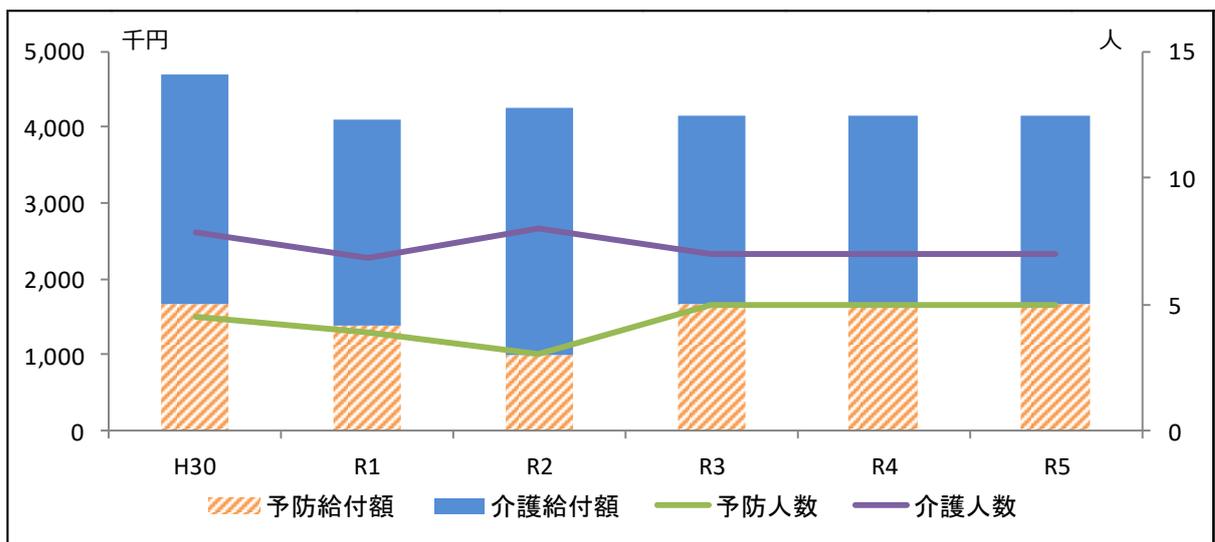
心身の機能が低下した人に、車いす・特殊寝台・体位変換器・歩行補助杖・歩行器・徘徊感知器・移動用リフトなど、日常生活を助ける用具を貸与します。



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	66,455	69,804	66,683	66,913	68,863	70,407
	人数(人)	510	519	504	509	522	533
予防 給付	給付費(千円)	10,141	9,856	11,624	11,672	11,909	12,146
	人数(人)	169	168	188	194	198	202

⑪特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売

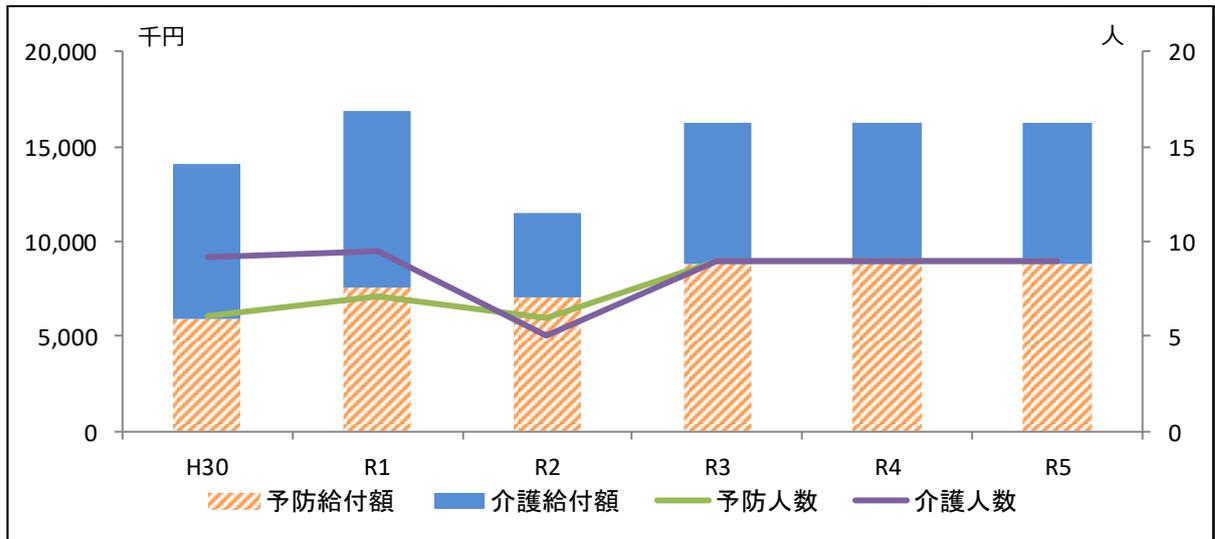
在宅生活に支障がないよう、入浴や排せつに用いる福祉用具を利用し日常生活上の便宜を図り、家族の介護の負担軽減などを目的として実施します。



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	3,017	2,703	3,272	2,478	2,478	2,478
	人数(人)	8	7	8	7	7	7
予防 給付	給付費(千円)	1,679	1,398	988	1,681	1,681	1,681
	人数(人)	5	4	3	5	5	5

⑫住宅改修

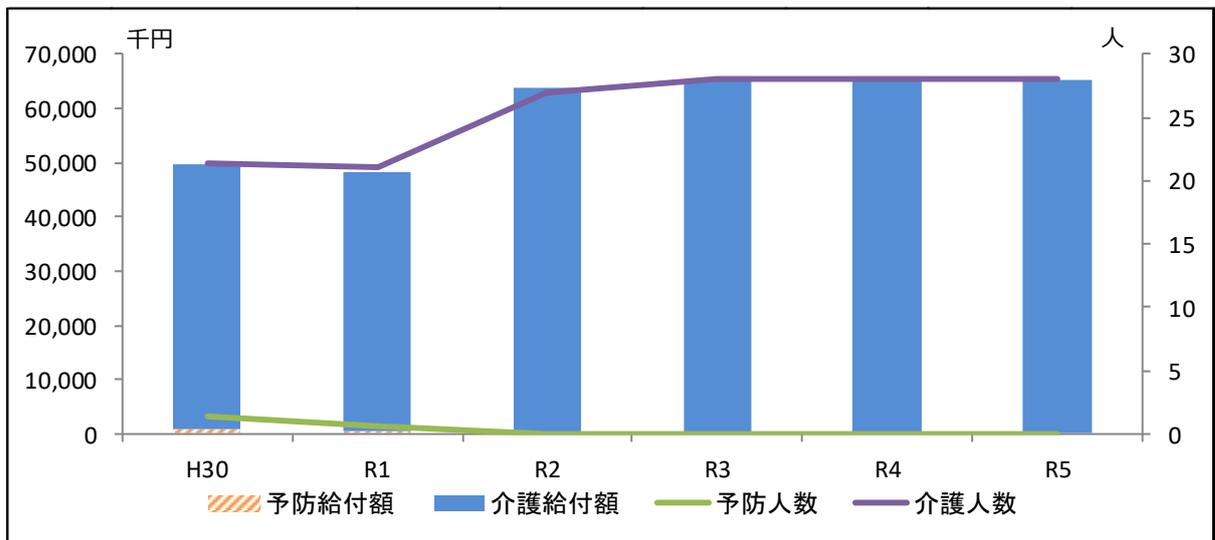
在宅生活に支障がないよう、手すりの取り付け・段差解消・扉の交換・洋式便器への取り替えなど、小規模な住宅改修をする目的として実施します。



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	8,138	9,310	4,434	7,543	7,543	7,543
	人数(人)	9	10	5	9	9	9
予防 給付	給付費(千円)	5,938	7,620	7,114	8,776	8,776	8,776
	人数(人)	6	7	6	9	9	9

⑬特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

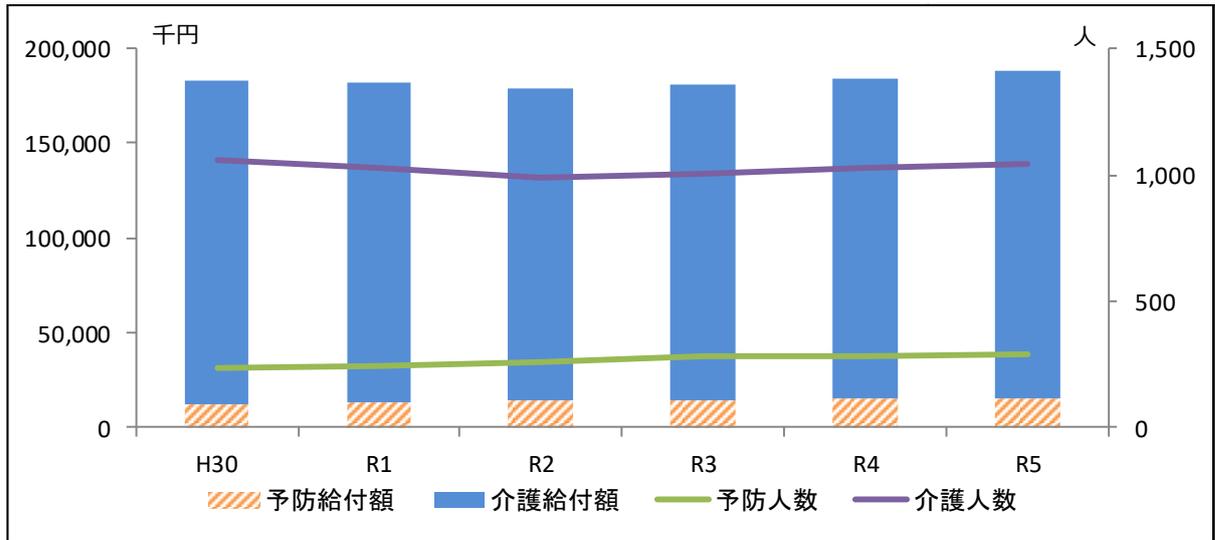
有料老人ホームなどで、入浴・排せつ・食事、その他日常生活上の世話や機能訓練を行います。



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	48,768	47,657	63,916	65,335	65,372	65,372
	人数(人)	21	21	27	28	28	28
予防 給付	給付費(千円)	928	564	0	0	0	0
	人数(人)	1	1	0	0	0	0

⑭居宅介護支援・介護予防支援

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



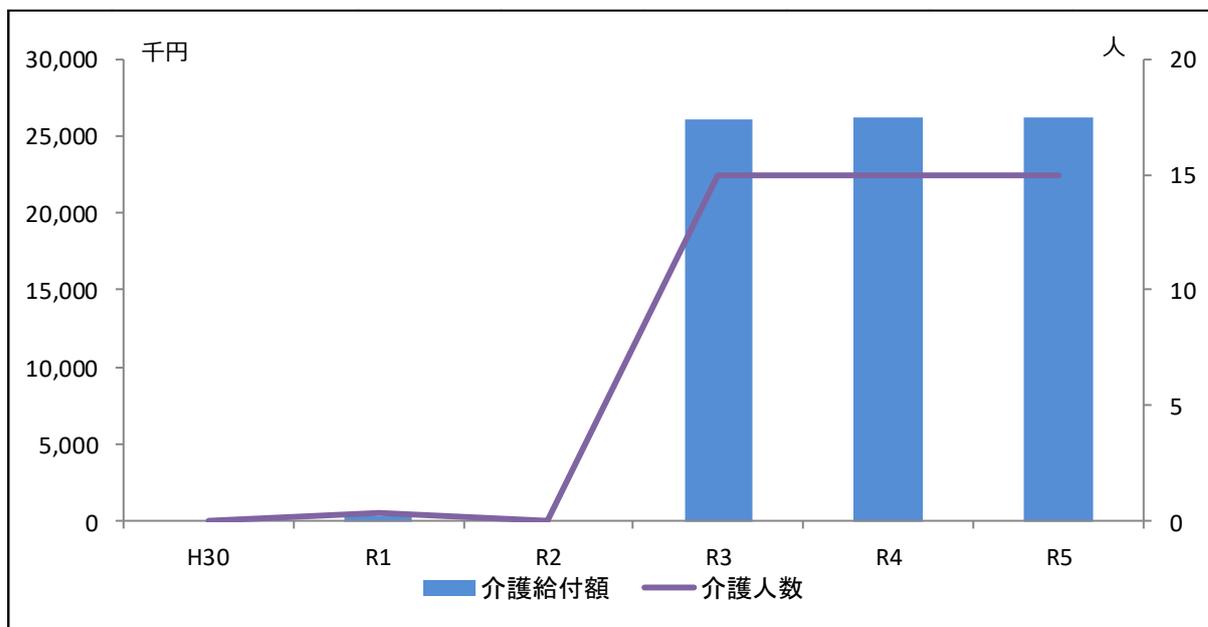
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	170,430	169,240	164,830	165,674	169,237	172,709
	人数(人)	1,056	1,031	992	1,003	1,024	1,045
予防 給付	給付費(千円)	12,589	12,926	13,969	14,940	15,163	15,377
	人数(人)	238	244	263	280	284	288

(2) 地域密着型サービス

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

①定期巡回・随時対応サービス

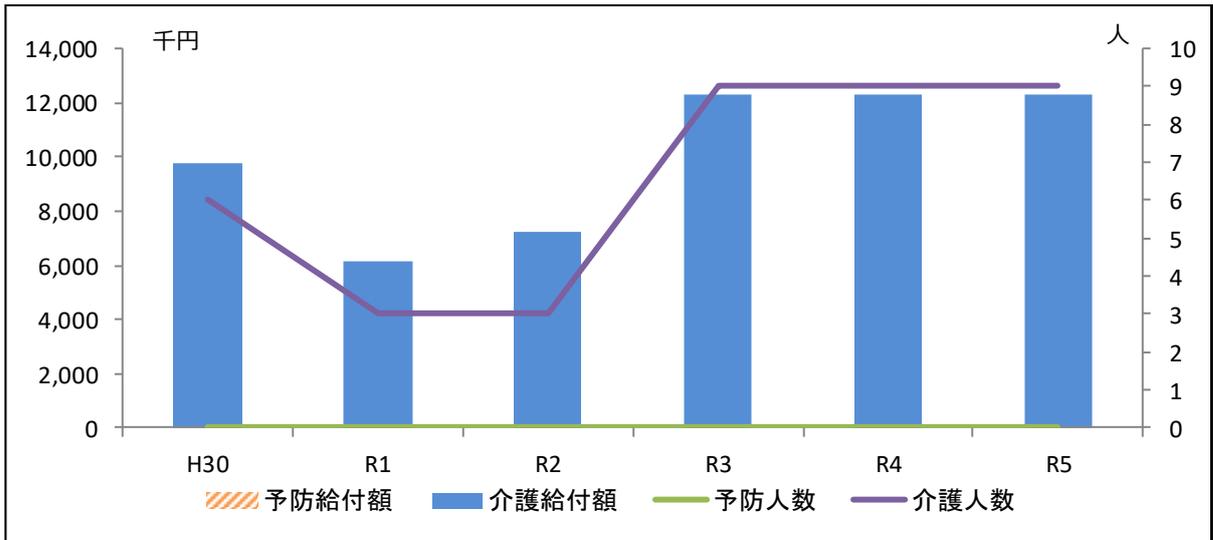
介護サービス事業所が定期的に巡回して利用者に短時間の訪問サービスを提供するほか、24時間365日体制で相談できる窓口を設置し随時の対応も行うサービスです。



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	0	390	0	26,143	26,158	26,158
	人数(人)	0	0	0	15	15	15

②認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

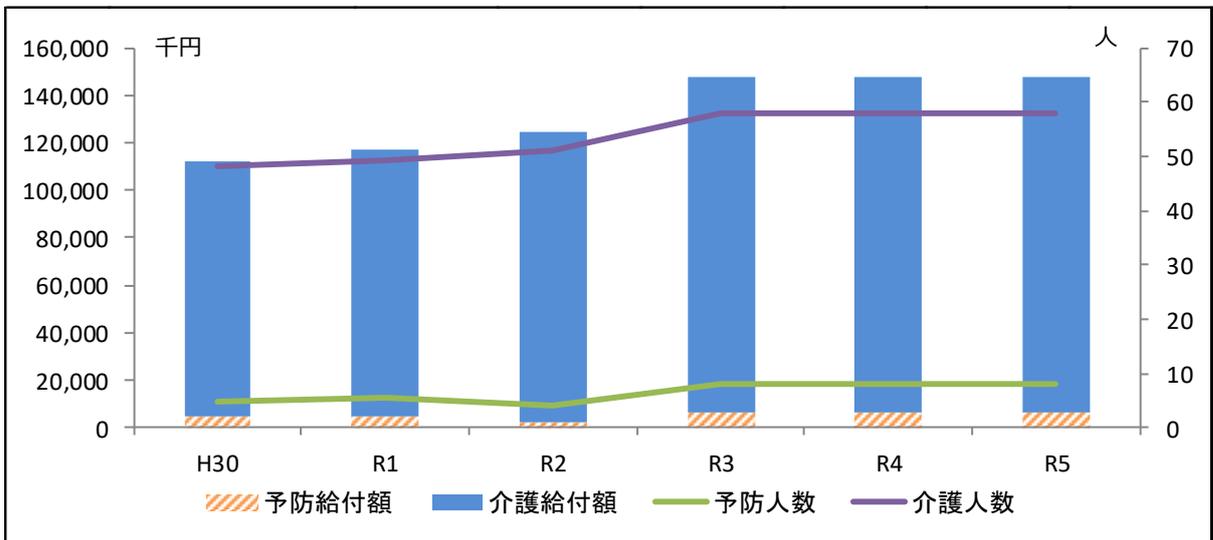
認知症の高齢者がデイサービスセンターなどに通い、機能訓練などを行います。



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	9,781	6,149	7,255	12,330	12,337	12,337
	人数(人)	6	3	3	9	9	9
予防 給付	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0
	人数(人)	0	0	0	0	0	0

③小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

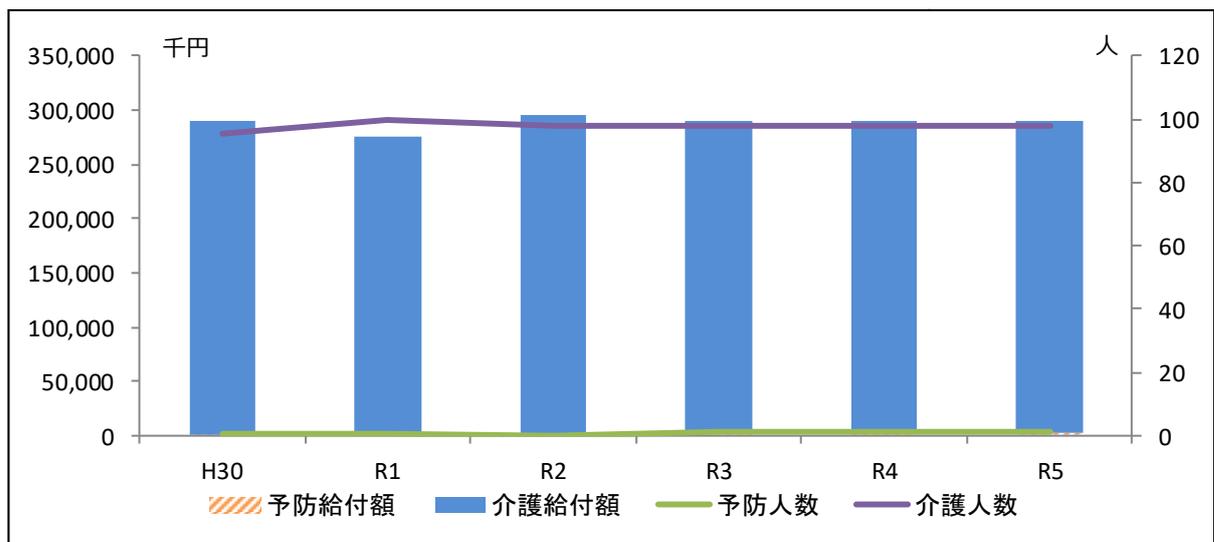
通所を中心に、利用者や家庭の状況に応じて、訪問や泊まりを組み合わせたサービスや機能訓練を行います。



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	107,915	112,576	122,147	142,096	142,175	142,175
	人数(人)	48	49	51	58	58	58
予防 給付	給付費(千円)	4,468	4,268	2,383	5,917	5,920	5,920
	人数(人)	5	5	4	8	8	8

④認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

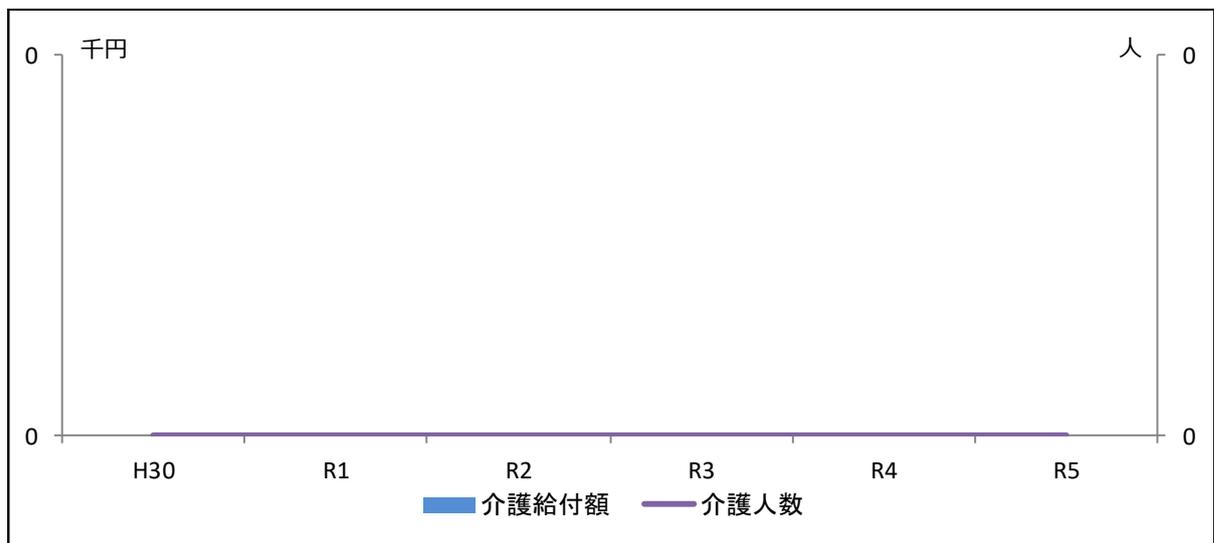
安定状態にある認知症高齢者等が共同生活をしながら、日常生活の世話や機能訓練などを行います。



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	288,848	274,586	294,727	288,057	288,217	288,217
	人数(人)	96	100	98	98	98	98
予防 給付	給付費(千円)	751	1,679	0	2,400	2,402	2,402
	人数(人)	0	1	0	1	1	1

⑤地域密着型特定施設入居者生活介護

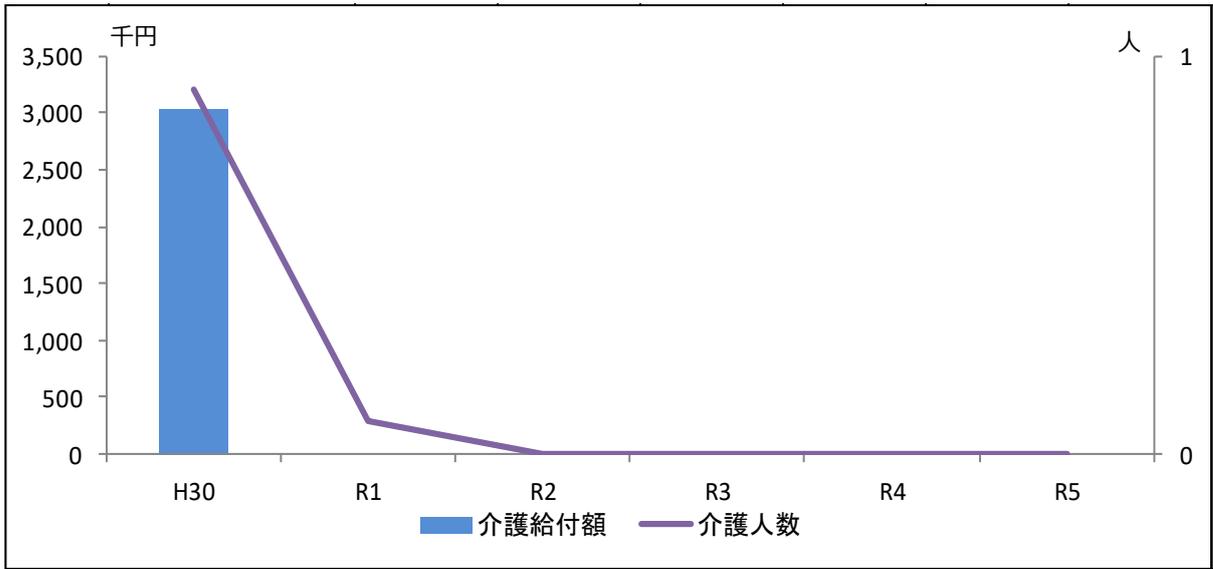
地域密着型特定施設での入浴・排せつ・食事等の介護など、日常生活上のお世話や機能訓練を行うサービスです。



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護] 給付	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0
	人数(人)	0	0	0	0	0	0

⑥地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

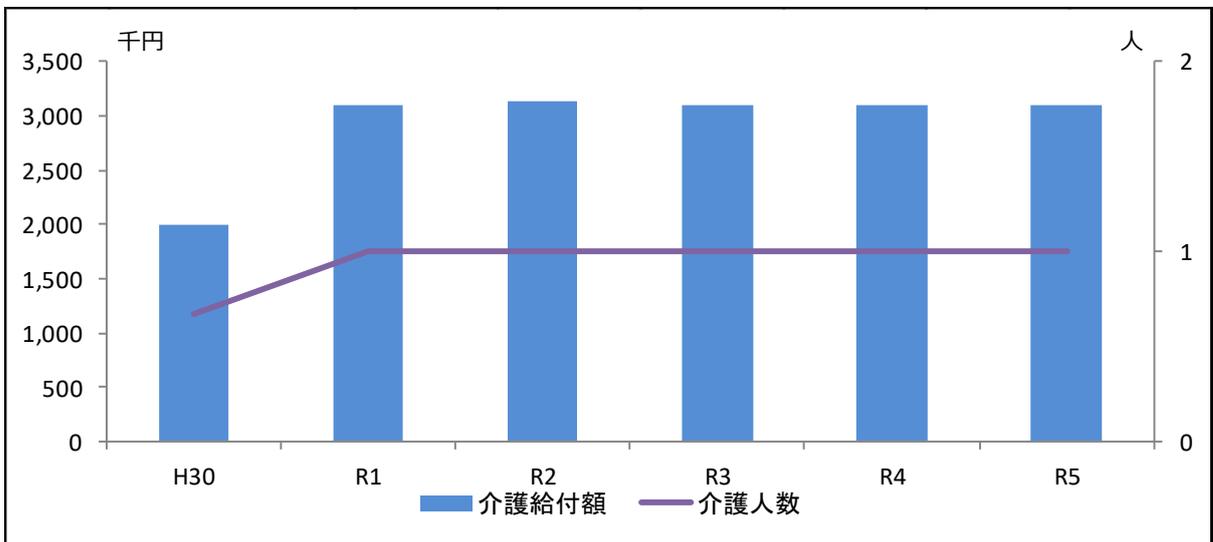
定員 29 人までの小規模な介護老人福祉施設で、入浴・排せつ・食事等の介護など日常生活上のお世話や機能訓練を行うサービスです。



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	3,028	0	0	0	0	0
	人数(人)	1	0	0	0	0	0

⑦看護小規模多機能型居宅介護

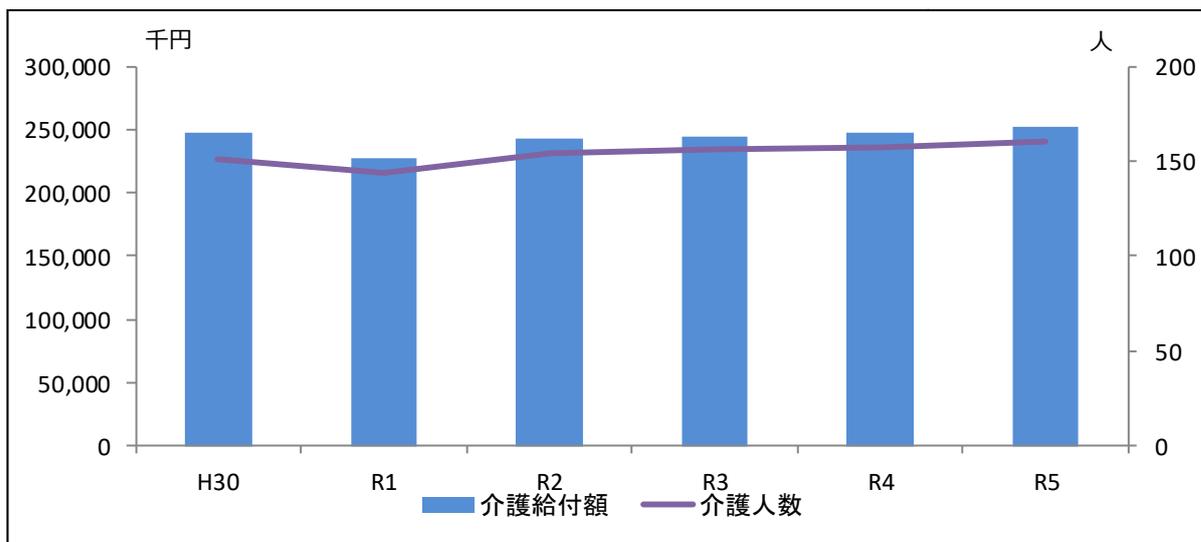
「通い」「泊まり」「訪問」の3種類のサービスと「訪問看護」サービスを、介護と看護の両面から柔軟に組み合わせて提供します。



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	1,999	3,092	3,142	3,106	3,108	3,108
	人数(人)	1	1	1	1	1	1

⑧地域密着型通所介護

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



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	247,953	227,075	242,312	244,409	247,169	252,990
	人数(人)	151	143	154	156	157	160

(3) 施設サービス

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

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

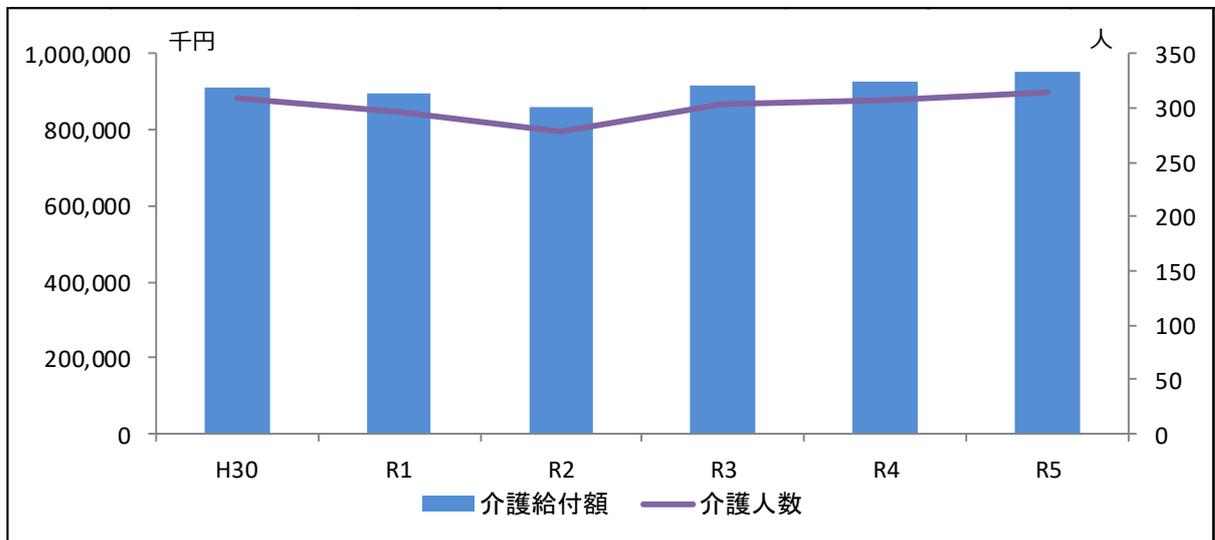
そのため、施設入所者の対応については、国の指針等に基づき、公平公正な判定を行うとともに、既存の施設利用者の重度者への重度化予防にも、引き続き取り組んでいきます。

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

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

①介護老人福祉施設

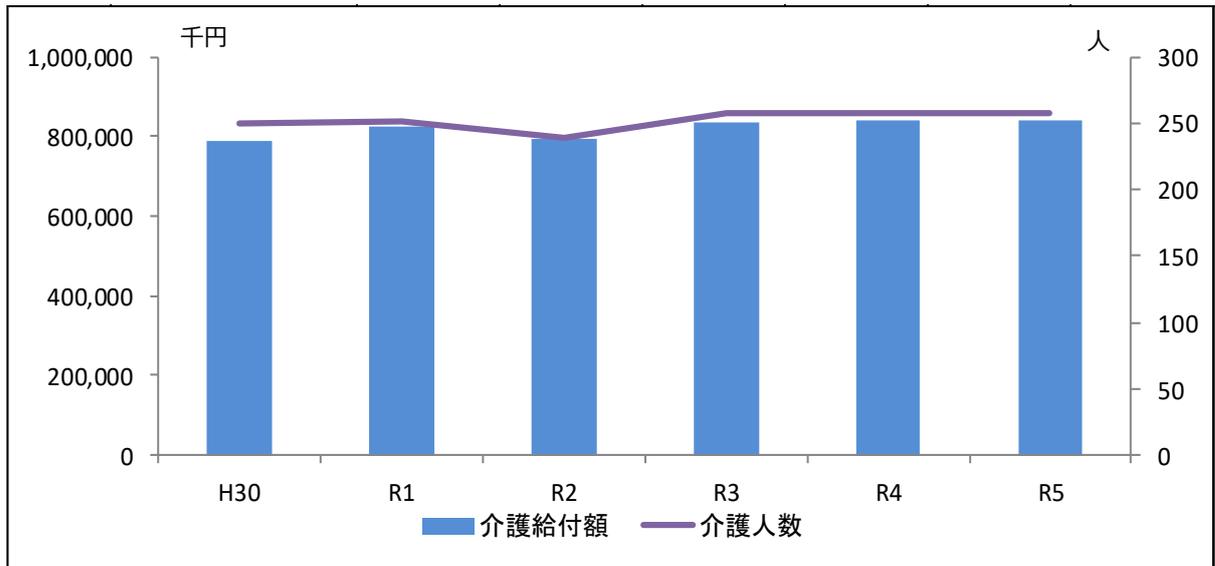
介護が必要で、自宅での介護が難しい方が入所し、食事・入浴・排せつなどの介助、機能訓練、健康管理などを行う施設サービスです。



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	913,828	894,447	858,495	917,037	929,228	953,321
	人数(人)	309	296	279	303	307	315

②介護老人保健施設

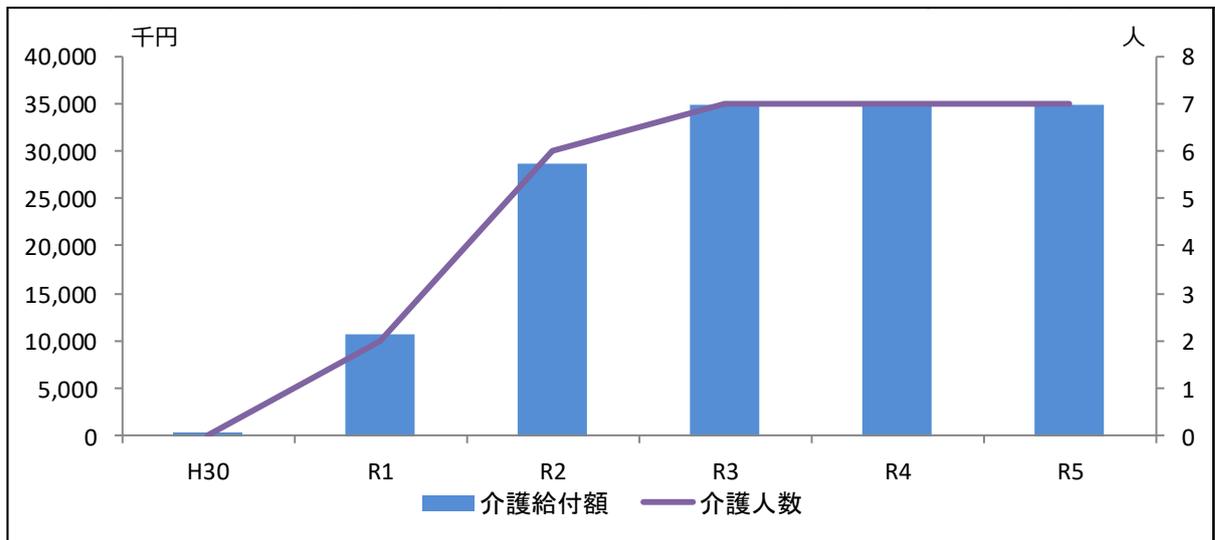
病状が安定しており、看護や介護に重点を置いたケアが必要な方が入所し、医学的な管理のもとでの介護、機能訓練、日常生活の介助などを行う施設サービスです。



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	790,109	824,407	792,612	838,240	838,705	838,705
	人数(人)	250	251	239	257	257	257

③介護医療院

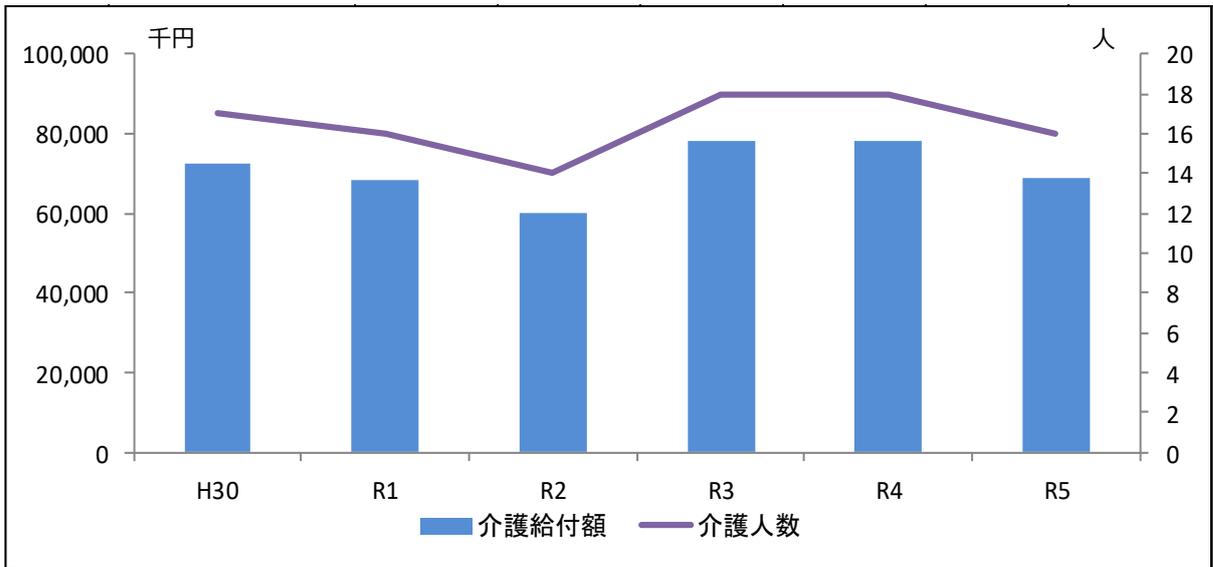
「介護医療院」は、介護療養型医療施設からの新たな転換先（新介護保険施設）として創設されたもので、急性期は脱して全身状態は安定しているものの、まだ自宅へ退院できる状態ではなく、継続的な治療が必要なため、長期入院をする方に向けた施設サービスです。



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	385	10,713	28,687	34,808	34,828	34,828
	人数(人)	0	2	6	7	7	7

④介護療養型医療施設

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



		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	72,678	68,599	60,022	78,086	78,129	69,068
	人数(人)	17	16	14	18	18	16

4 総事業費

(1) 介護予防サービス見込量

単位(千円)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
(1) 介護予防サービス	84,551	86,182	87,681
介護予防訪問介護	0	0	0
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	9,920	9,925	9,925
介護予防訪問リハビリテーション	1,328	1,329	1,329
介護予防居宅療養管理指導	888	985	985
介護予防通所介護	0	0	0
介護予防通所リハビリテーション	46,933	48,221	49,483
介護予防短期入所生活介護	3,045	3,047	3,047
介護予防短期入所療養介護(老健)	308	309	309
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	11,672	11,909	12,146
特定介護予防福祉用具購入費	1,681	1,681	1,681
介護予防住宅改修	8,776	8,776	8,776
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	8,317	8,322	8,322
介護予防認知症対応型通所介護	0	0	0
介護予防小規模多機能型居宅介護	5,917	5,920	5,920
介護予防認知症対応型共同生活介護	2,400	2,402	2,402
(3) 介護予防支援	14,940	15,163	15,377
合計	107,808	109,667	111,380

(2) 介護サービス見込量

単位(千円)	令和3年度	令和4年度	令和5年度
(1) 居宅サービス	1,442,820	1,484,609	1,521,856
訪問介護	162,755	165,834	168,722
訪問入浴介護	8,546	8,551	8,551
訪問看護	47,478	48,063	48,621
訪問リハビリテーション	13,507	13,514	13,514
居宅療養管理指導	15,119	15,251	15,470
通所介護	692,218	717,259	740,087
通所リハビリテーション	204,463	211,875	215,368
短期入所生活介護	132,970	136,498	142,215
短期入所療養介護(老健)	23,495	23,508	23,508
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	66,913	68,863	70,407
特定福祉用具購入費	2,478	2,478	2,478
住宅改修費	7,543	7,543	7,543
特定施設入居者生活介護	65,335	65,372	65,372
(2) 地域密着型サービス	716,141	719,164	724,985
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	26,143	26,158	26,158
夜間対応型訪問介護	0	0	0
認知症対応型通所介護	12,330	12,337	12,337
小規模多機能型居宅介護	142,096	142,175	142,175
認知症対応型共同生活介護	288,057	288,217	288,217
特定施設入居者生活介護	0	0	0
介護老人福祉施設入所者生活介護	0	0	0
看護小規模多機能型居宅介護	3,106	3,108	3,108
地域密着型通所介護	244,409	247,169	252,990
(3) 施設サービス	1,868,171	1,880,890	1,895,922
介護老人福祉施設	917,037	929,228	953,321
介護老人保健施設	838,240	838,705	838,705
介護医療院	34,808	34,828	34,828
介護療養型医療施設	78,086	78,129	69,068
(4) 居宅介護支援	165,674	169,237	172,709
合計	4,192,806	4,253,900	4,315,472

5 第8期保険料の算定

(1) 第1号被保険者の保険料基準額の考え方

65歳以上の第1号被保険者の保険料は、本市の被保険者が利用する介護サービスに要する費用等から算出します。

① 第8期計画期間の標準給付費見込額の算定



② 第8期計画期間の地域支援事業費の算定



③ 第8期計画期間の介護保険サービスに要する費用額の算定 (①+②=③)



④ ③のうち、第1号被保険者が負担する費用額の算定



⑤ 第1号被保険者の保険料基準額の算定

(2) 標準給付費見込額の算定

総給付費とは、介護保険事業の費用のうち、本人負担分を除き保険財政が負担する金額を指します。

この総給付費に、特定入所者介護サービス費等給付額、高額介護サービス費等給付額、高額医療合算介護サービス費等給付額、算定対象審査支払手数料を加えた標準給付費見込額は年間45.0～46.8億円となり、第8期計画期間では約138.6億円と推計します。

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	合計
総給付費(円)	4,300,614,000	4,363,567,000	4,426,852,000	13,091,033,000
特定入所者介護サービス費等給付額(円)	150,907,029	142,165,534	143,057,980	436,130,543
高額介護サービス費等給付額(円)	96,911,037	96,370,823	96,974,792	290,256,652
高額医療合算介護サービス費等給付額(円)	14,446,421	14,463,417	14,554,061	43,463,899
算定対象審査支払手数料(円)	2,150,000	2,152,560	2,166,040	6,468,600
標準給付費見込額(円)	4,565,028,487	4,618,719,334	4,683,604,873	13,867,352,694

(3) 地域支援事業費の算定

本市が主体となって実施する地域支援事業については、高齢者の自立した生活を支援するための介護予防・日常生活支援総合事業と、総合相談支援事業や権利擁護事業などの包括的支援事業・任意事業に分けられます。

第8期計画期間における地域支援事業の見込額は、7.7億円と推計されます。

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	合計
介護予防・日常生活支援総合事業費(円)	144,020,000	147,326,500	145,126,500	436,473,000
包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)及び任意事業費(円)	93,715,000	93,715,000	93,715,000	281,145,000
包括的支援事業(社会保障充実分)(円)	18,443,000	18,443,000	18,443,000	55,329,000
地域支援事業費(円)	256,178,000	259,484,500	257,284,500	772,947,000

(4) 第8期計画期間における介護保険サービスに要する費用額の算定

標準給付見込額と地域支援事業費を合計した第8期計画期間における介護保険サービスに要する費用額は、約146.4億円と推計されます。

費用額が増加した主な要因は、高齢化の進展に伴う要介護者の増加であると考えます。

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	合計
標準給付費見込額(円)	4,565,028,487	4,618,719,334	4,683,604,873	13,867,352,694
地域支援事業費(円)	256,178,000	259,484,500	257,284,500	772,947,000
介護保険サービスに要する費用額(円)	4,821,206,487	4,878,203,834	4,940,889,373	14,640,299,694

(5) 第1号被保険者の負担割合

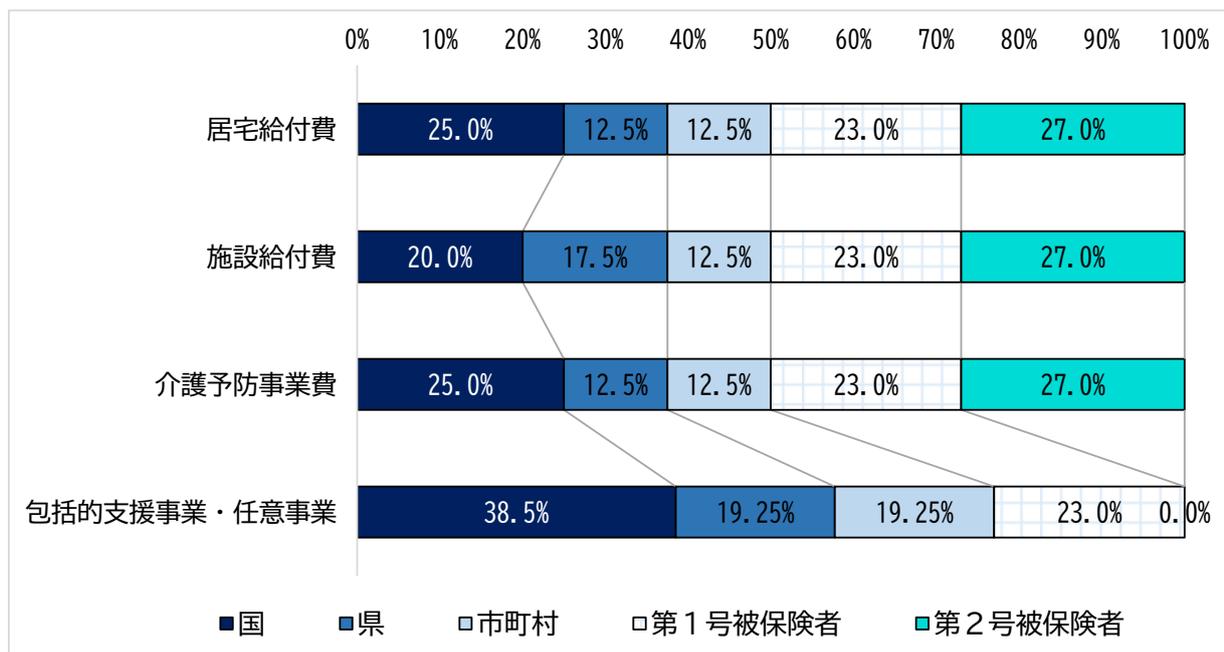
介護保険事業費及び第1号被保険者保険料は、計画期間における第1号被保険者数及び要介護（支援）認定者数の見込み、さらに、介護保険サービス及び地域支援事業に係る費用見込み等をもとに算定します。

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

介護保険給付の費用は、50%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%
介護予防事業費	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%	-



(6) 第8期の第1号被保険者の保険料基準額

標準給付費見込額	13,867,352,694
+	
地域支援事業費	772,947,000
=	
介護保険事業費見込額	14,640,299,694
×	
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	3,367,268,930
+	
調整交付金相当額	715,191,285
-	
調整交付金見込額	942,307,000
+	
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	0
+	
市町村特別給付費等	0
=	
保険料収納必要額	3,140,153,214
÷	
予定保険料収納率	99.7%
÷	
所得段階別加入割合補正後第1号被保険者数(3年間)	40,378
=	
年額保険料	78,003
÷	
12か月	
=	
月額保険料(基準額)	6,500
(参考)前期の月額保険料(基準額)	6,500

(7) 第1号被保険者の各段階における保険料負担割合

被保険者の負担能力には差があるため介護保険料は一律ではなく、市民税の課税状況や収入・所得の状況により段階別に振り分けを行った上で保険料を定めています。

所得段階保険料を定める際には所得段階ごとの人数分布を勘案し、ある所得段階の保険料を軽減した場合には、他の所得段階の保険料を引き上げ、全体で第1号被保険者の負担割合を確保できるよう定めなければなりません。

本市では、第6期計画期間から、所得に応じた介護保険料となるよう国の標準段階である9段階よりも多段階化し、第10段階としています。第8期計画期間においても、この考えを踏襲し、保険料段階を設定します。

また、介護保険法の改正により、平成27年度から給付費の50%の公費とは別枠で消費税増税を財源とした公費が投入され、平成27年4月、平成31年4月、令和元年10月と3段階に分けて住民税非課税層の保険料軽減が実施されています。

所得段階	保険料年額	保険料月額
第1段階	23,400円 (39,000円)	1,950円 (3,250円)
第2段階	39,000円 (58,500円)	3,250円 (4,875円)
第3段階	54,600円 (58,500円)	4,550円 (4,875円)
第4段階	70,200円	5,850円
第5段階	78,000円	6,500円
第6段階	93,600円	7,800円
第7段階	101,400円	8,450円
第8段階	117,000円	9,750円
第9段階	132,600円	11,050円
第10段階	156,000円	13,000円

※ () は、負担軽減前の金額となります。

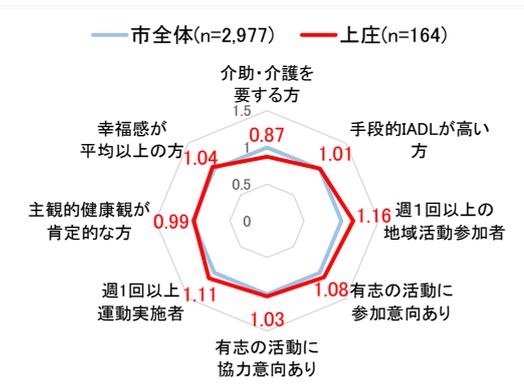
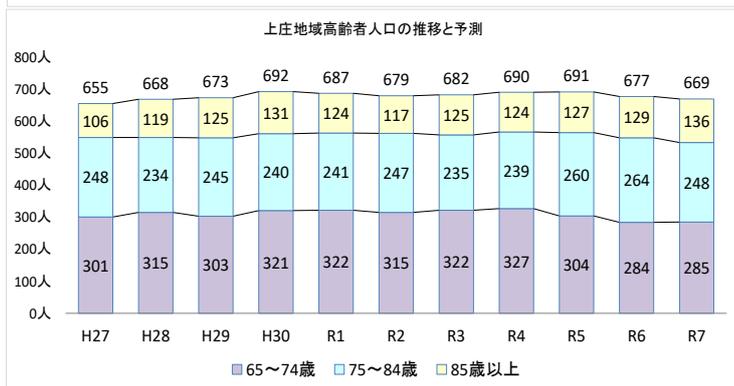
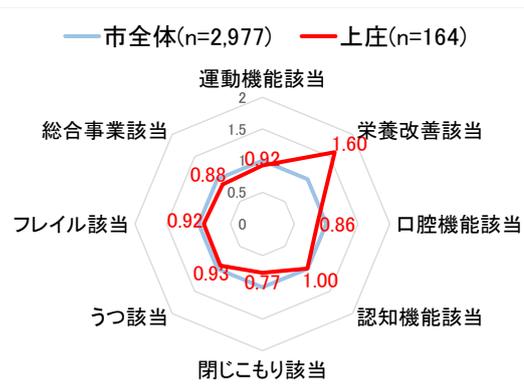
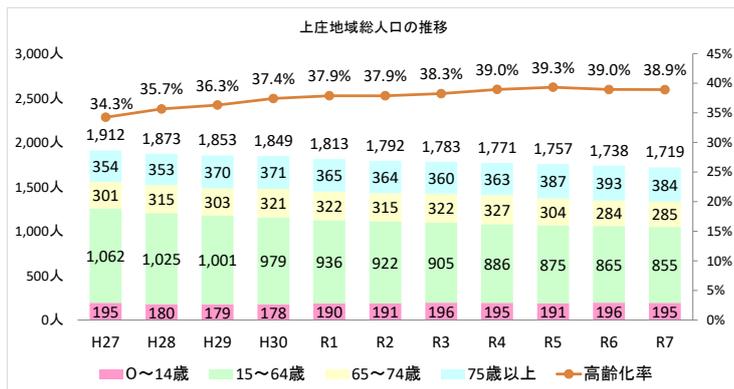
所得段階	対象者	基準額に 対する割合
第1段階	○生活保護受給者 ○老齢福祉年金受給者で住民税非課税世帯の方 ○世帯全員が住民税非課税で、前年の合計所得金額と前年の課税年金収入額の合計が ³ 80万円以下の方	0.3 (0.5)
第2段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円超120万円以下	0.5 (0.75)
第3段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等120万円超	0.7 (0.75)
第4段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下	0.9
第5段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円超	1.0
第6段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額120万円未満	1.2
第7段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額120万円以上210万円未満	1.3
第8段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額210万円以上320万円未満	1.5
第9段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額320万円以上400万円未満	1.7
第10段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額400万円以上	2.0

※（ ）は、負担軽減前の割合となります。

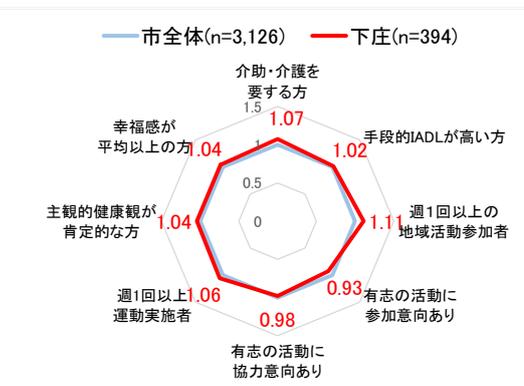
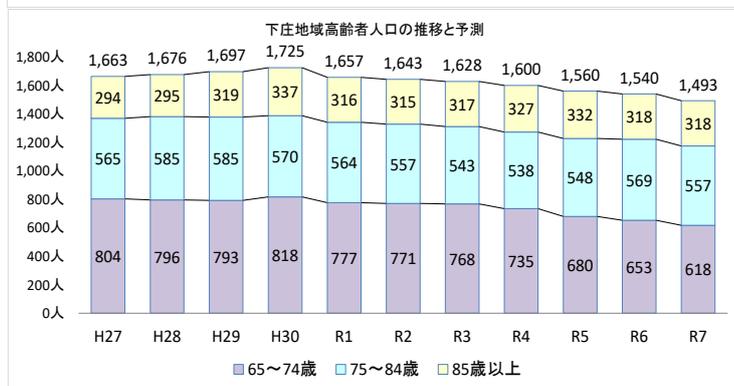
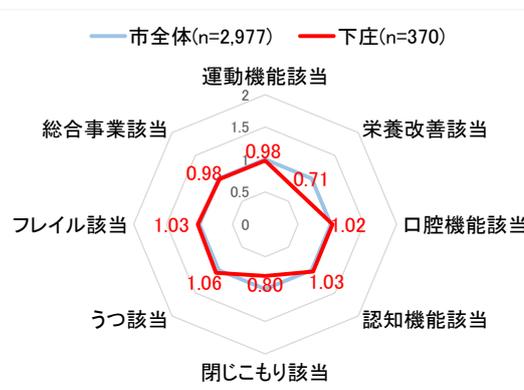
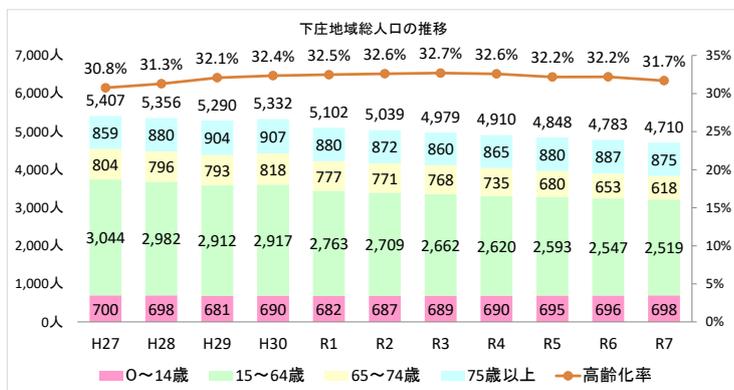
資料編

1 地区分析

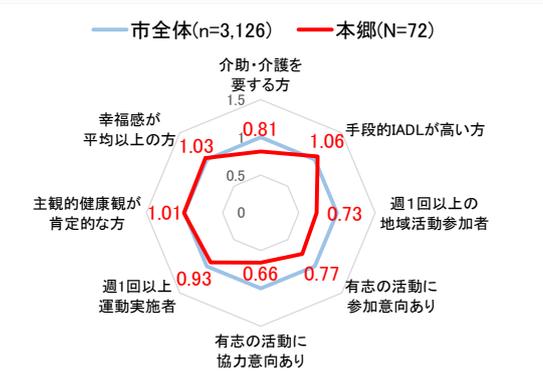
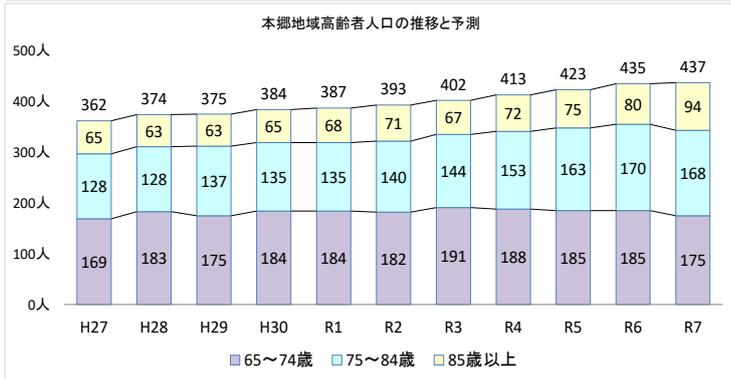
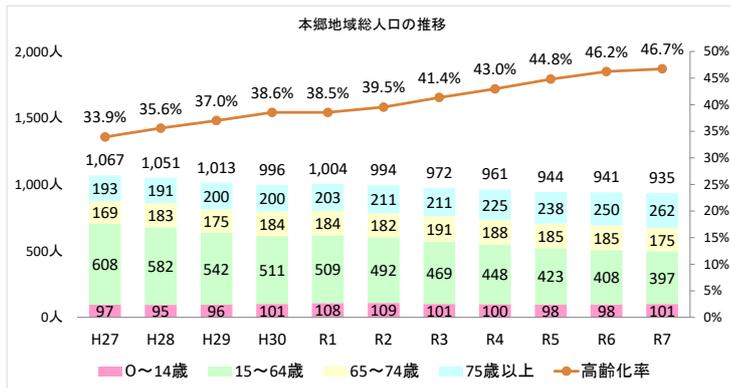
(1) 上庄地域



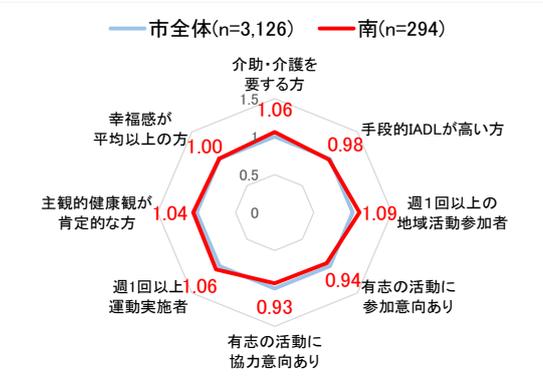
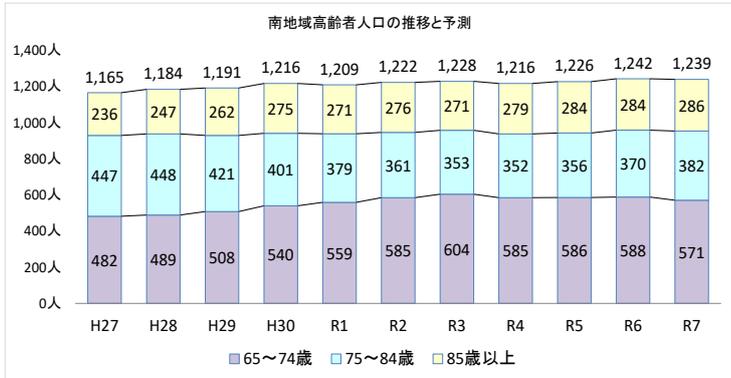
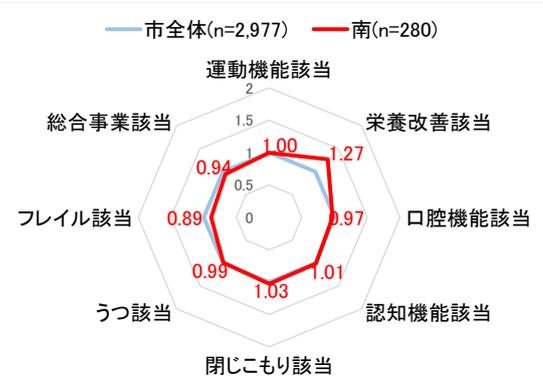
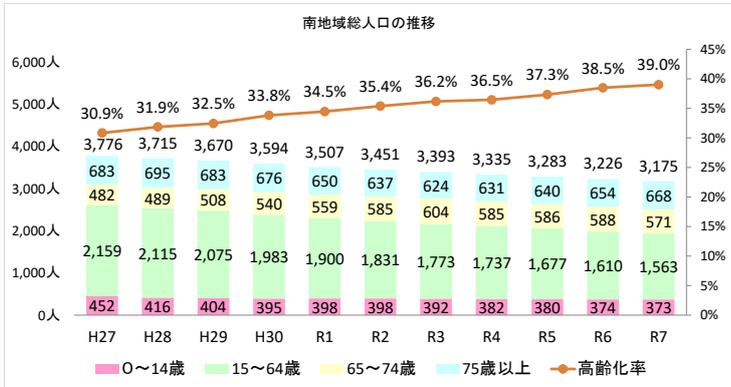
(2) 下庄地域



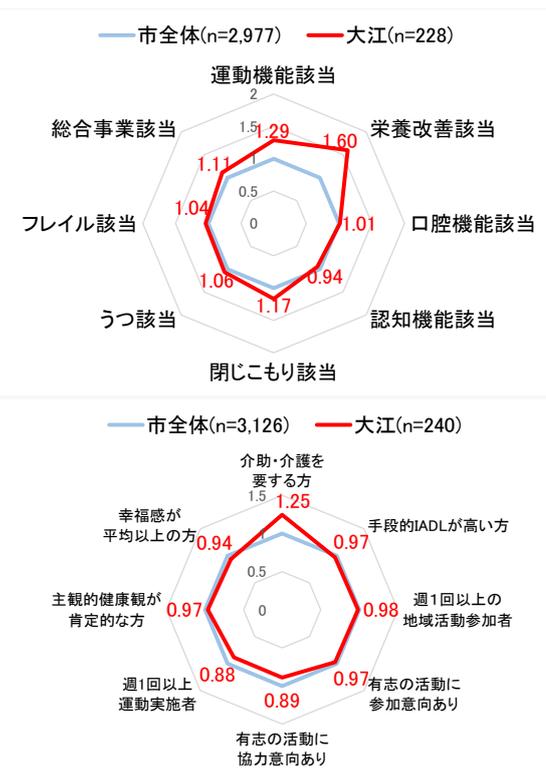
(3) 本郷地域



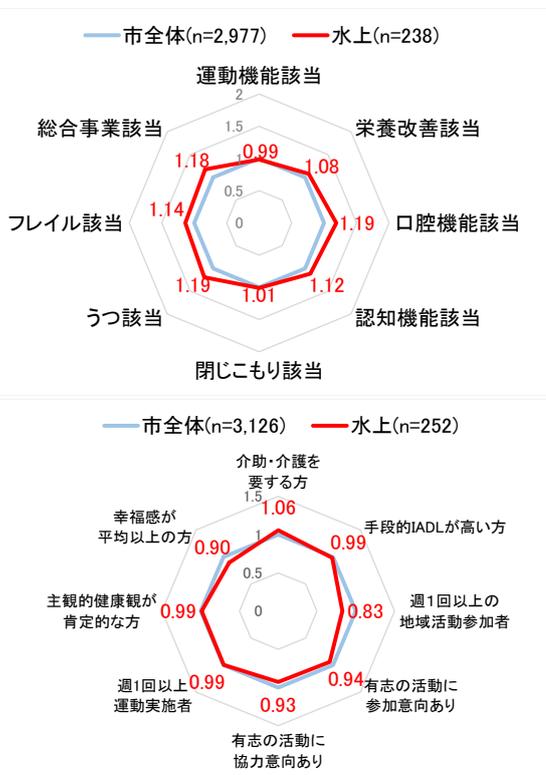
(4) 南地域



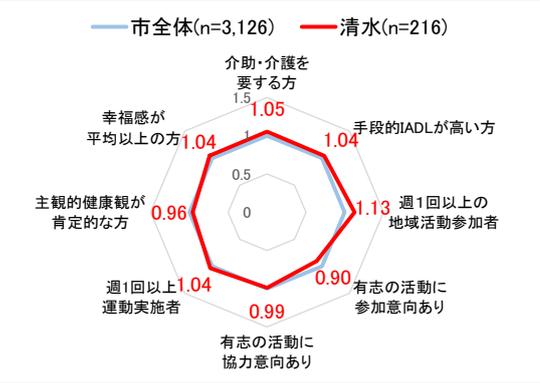
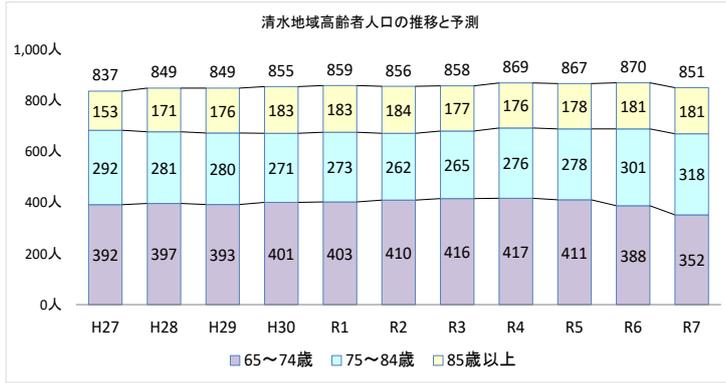
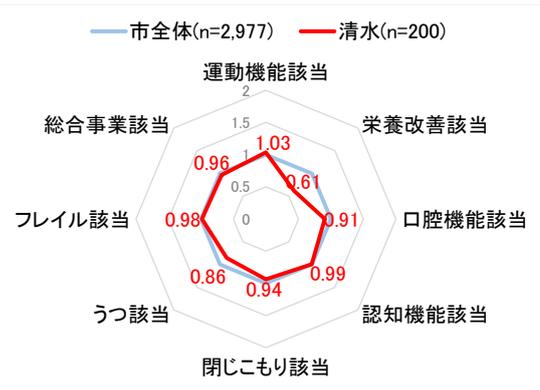
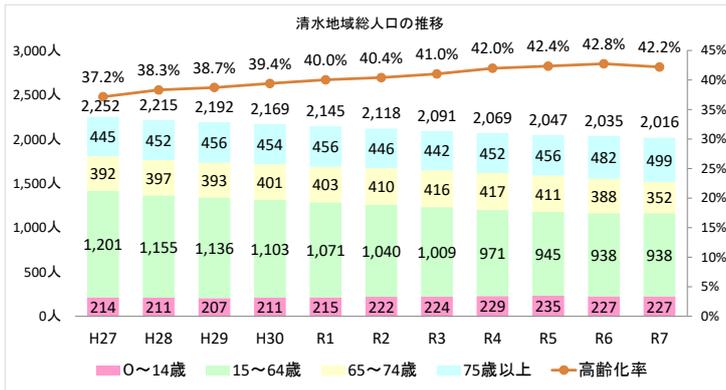
(5) 大江地域



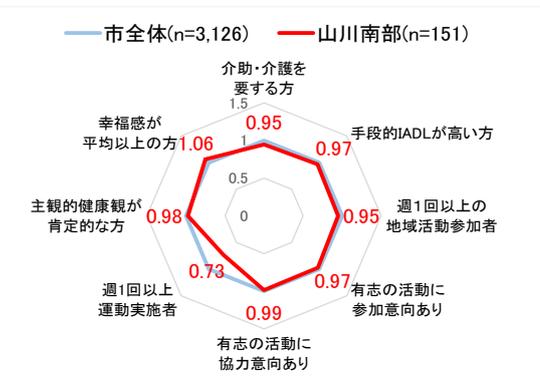
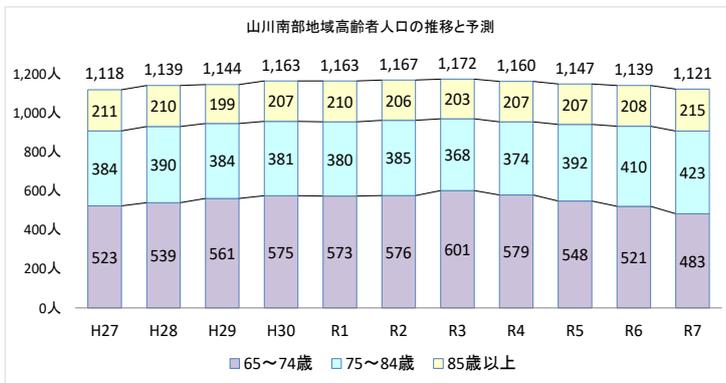
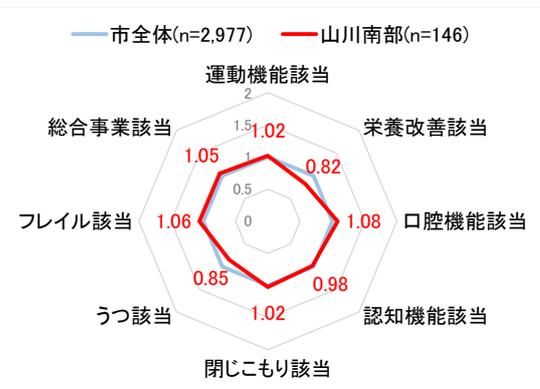
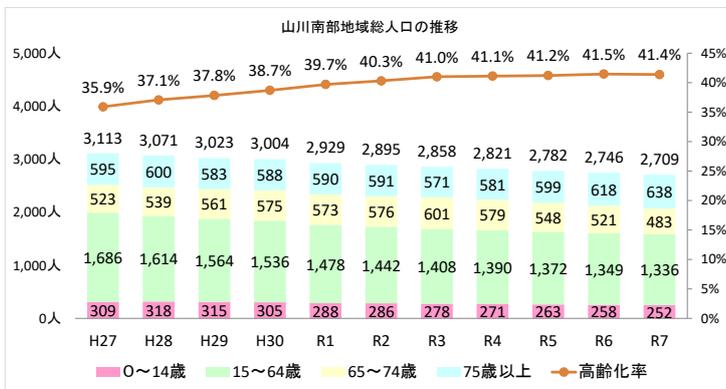
(6) 水上地域



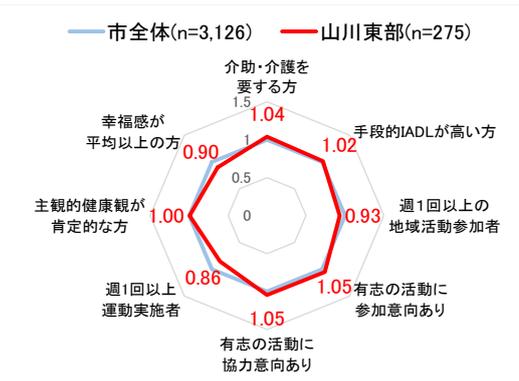
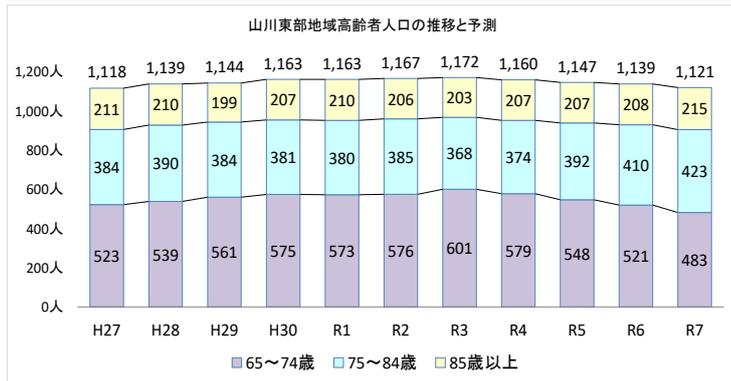
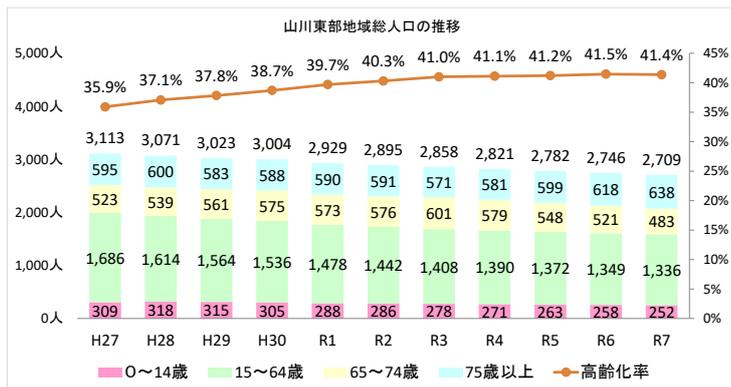
(7) 清水地域



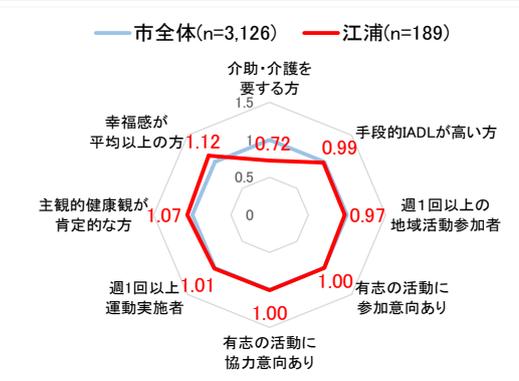
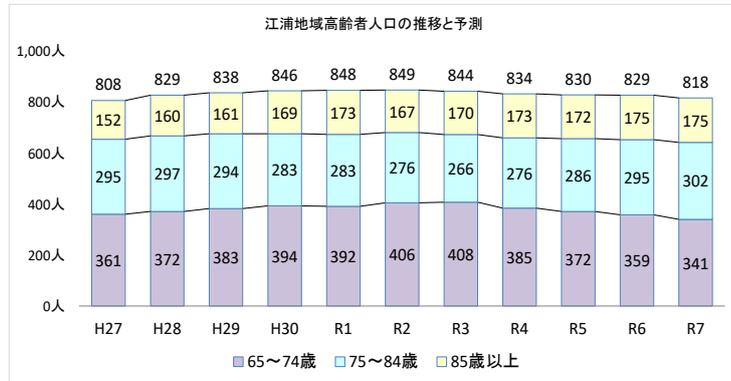
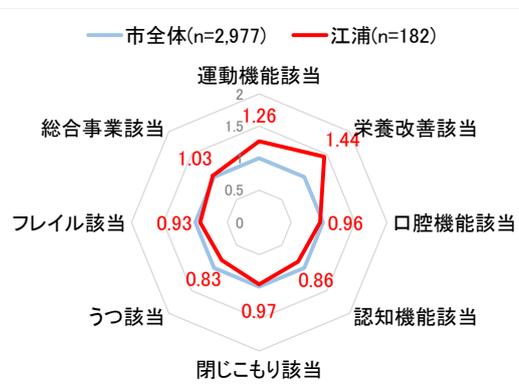
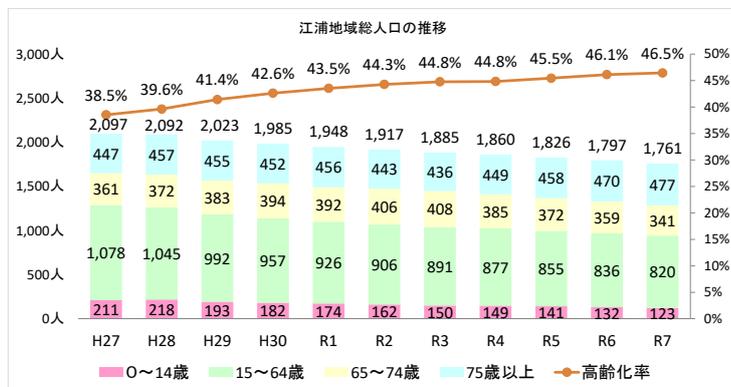
(8) 山川南部地域



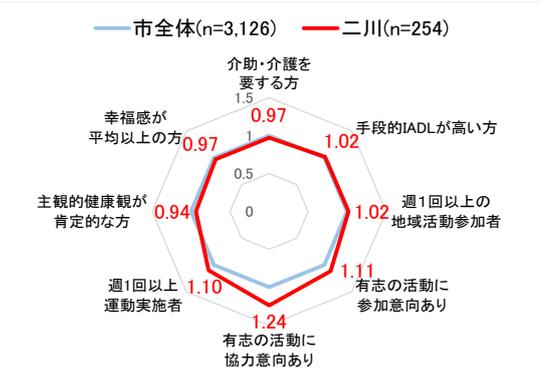
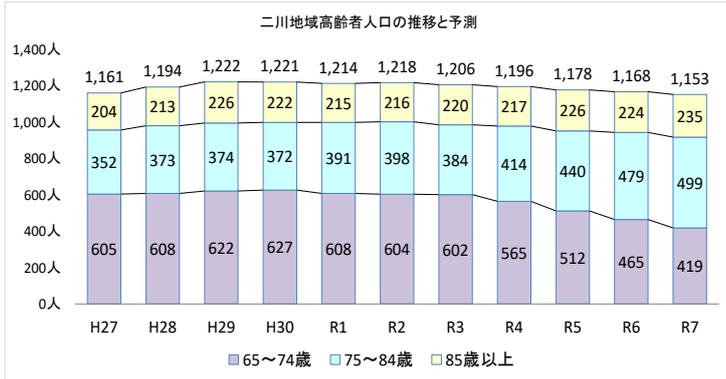
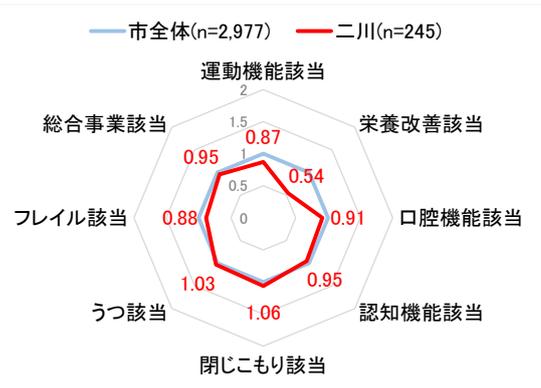
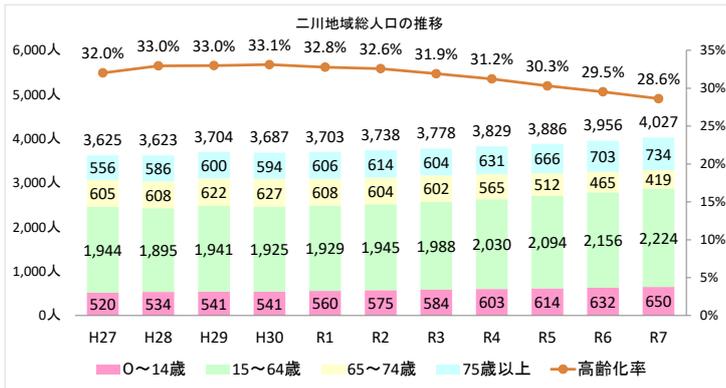
(9) 山川東部地域



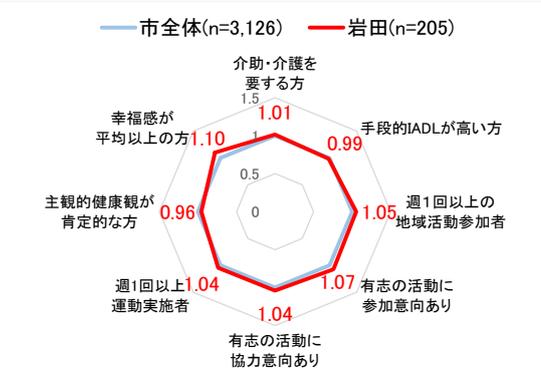
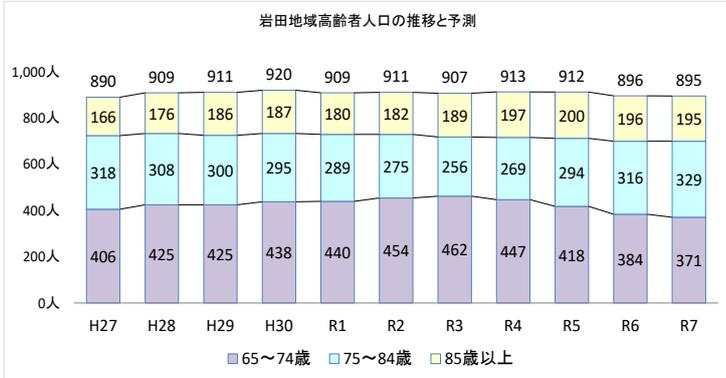
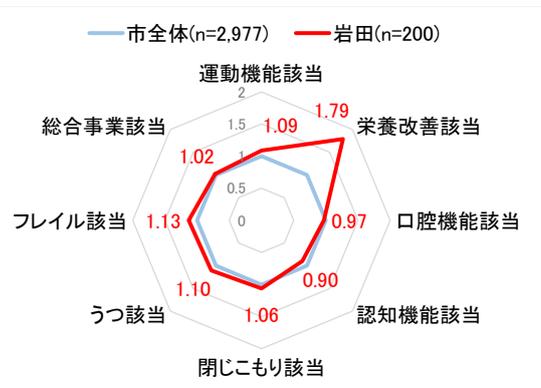
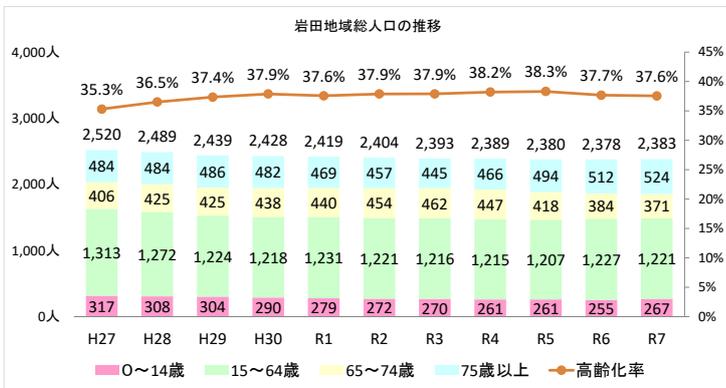
(10) 江浦地域



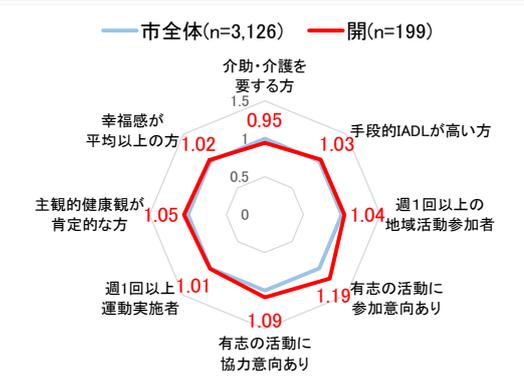
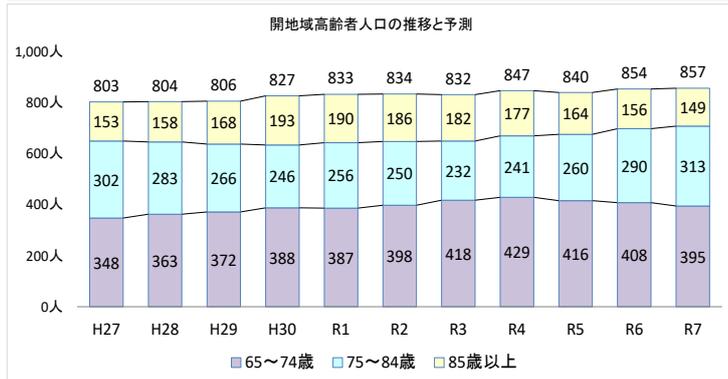
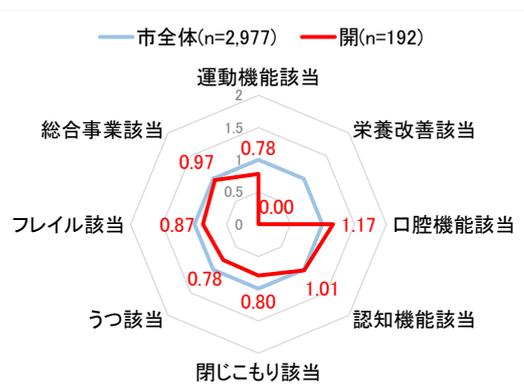
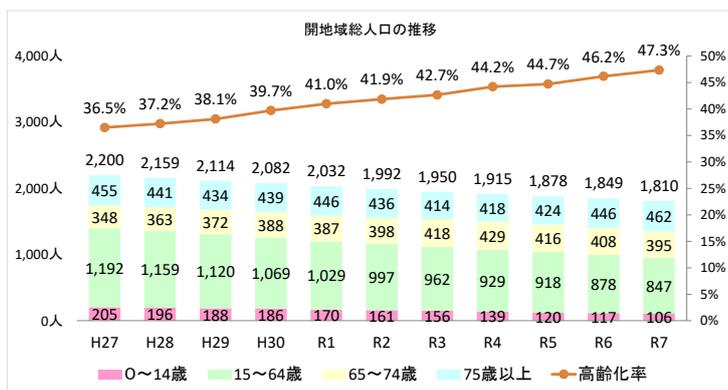
(11) 二川地域



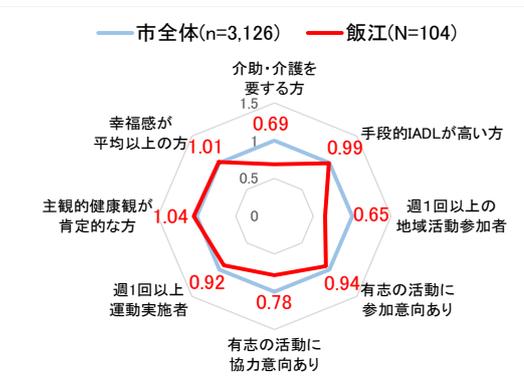
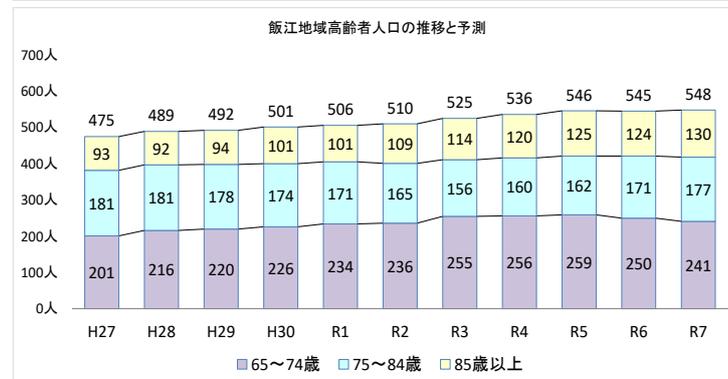
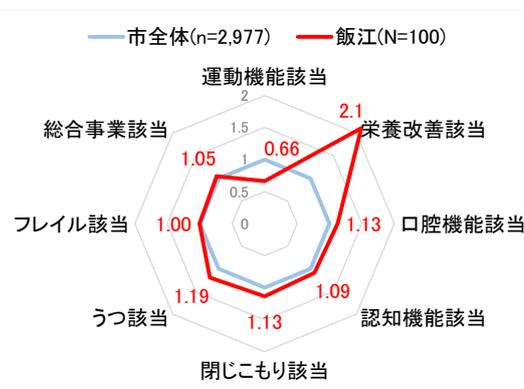
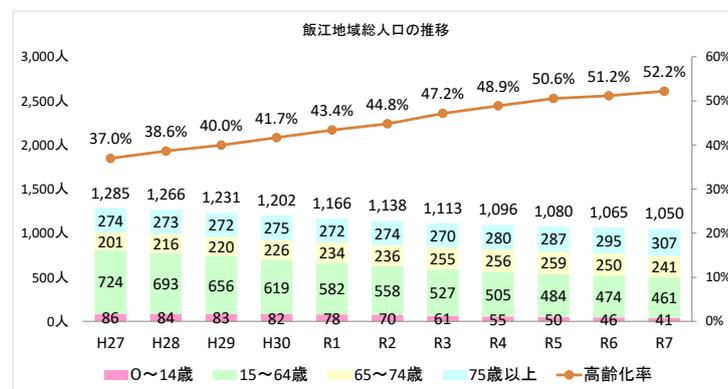
(12) 岩田地域



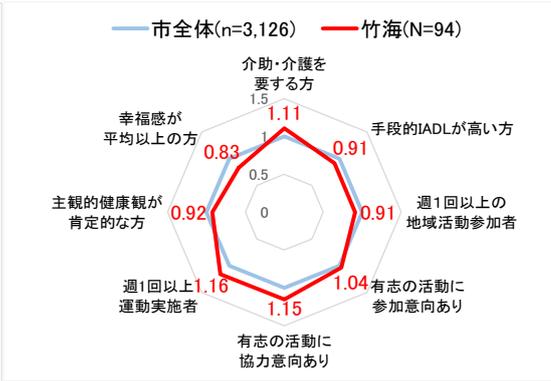
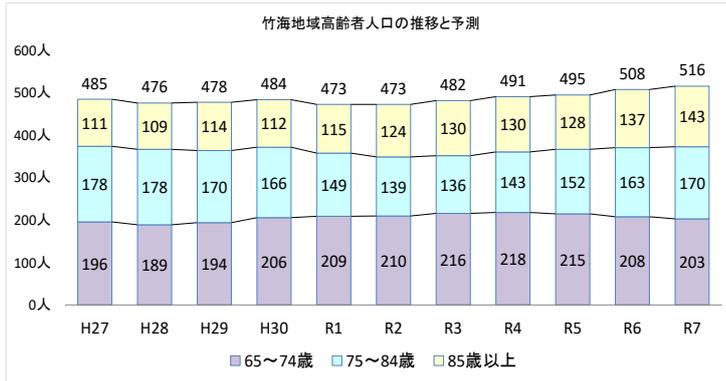
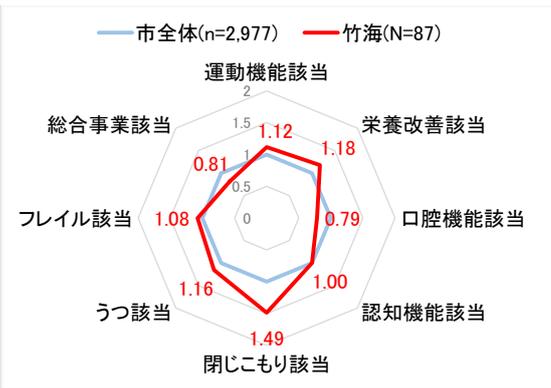
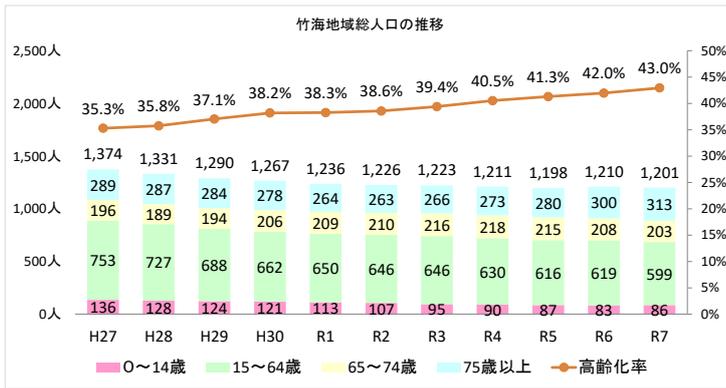
(13) 開地域



(14) 飯江地域



(15) 竹海地域



2 みやま市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定協議会規則

平成19年1月29日

規則第82号

改正 平成23年5月1日規則第9号

平成26年3月24日規則第6号

令和2年4月1日規則第31号

(趣旨)

第1条 この規則は、みやま市附属機関の設置に関する条例(平成19年みやま市条例第27号)第6条の規定に基づき、みやま市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定協議会(以下「策定協議会」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。

(令2規則31・一部改正)

(所掌事務)

第2条 策定協議会は、次に掲げる事項について検討を行う。

- (1) みやま市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画(以下「計画」という。)の策定に関すること。
- (2) 計画策定の基本的指針となる高齢者憲章の策定に関すること。
- (3) その他計画策定に関し必要な事項

(組織)

第3条 策定協議会は、委員15人以内で組織し、住民及び団体等の代表者並びに行政機関の職員のうちから市長が委嘱する。

(委員の任期)

第4条 委員の任期は、計画の策定が終了するまでとする。ただし、関係機関の役職等をもって任命された者にあつてはその職にある任期までとし、委員が欠けた場合における後任の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(会長及び副会長)

第5条 策定協議会に会長及び副会長を置く。

- 2 会長、副会長は、委員の互選により定める。
- 3 会長は、会務を総理し、策定協議会を代表する。
- 4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 策定協議会の会議は、必要に応じて会長が招集し、会議の議長となる。

- 2 策定協議会の会議は、委員の過半数の出席がなければ開くことができない。
- 3 策定協議会の議事は、全会一致運営に努め、決定できない場合は出席委員の過半数で決し、可否同数のときは議長の決するところによる。

(部会)

第7条 会長が必要と認めるときは、策定協議会の所掌事務を分掌させるため、部会を置く。

2 部会の運営に必要な事項は、会長が会議に諮って定める。

(令2規則31・一部改正)

(意見の聴取)

第8条 会長は、必要があると認めるときは、会議に委員以外の者の出席を求め、意見を聴き、又は必要な資料の提出を求めることができる。

(庶務)

第9条 策定協議会の庶務は、介護支援課において処理する。

(その他)

第10条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、会長が策定協議会に諮って定める。

附 則

この規則は、平成19年1月29日から施行する。

附 則 (平成23年5月1日規則第9号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (平成26年3月24日規則第6号)

この規則は、平成26年4月1日から施行する。

附 則 (令和2年4月1日規則第31号)

この規則は、令和2年4月1日から施行する。

3 みやま市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定協議会委員名簿

(順不同・敬称略)

No.	区 分	氏 名	所 属	備 考
1	保健・医療・福祉関係の代表	前 原 洋 二	柳川山門医師会	
2	保健・医療・福祉関係の代表	中 村 照	大牟田医師会	会 長
3	保健・医療・福祉関係の代表	藤 田 明 弘	柳川山門歯科医師会	
4	保健・医療・福祉関係の代表	河 野 雅 智 子	柳川山門薬剤師会	
5	識見を有する者	奥 蘭 由 美 子	みやま市議会	
6	識見を有する者	野 田 鴻 吉	みやま市行政区長会	
7	介護保険サービス事業者の代表者 (居宅・地域密着型)	山 内 一 明	柳川みやま介護サービス事業者連絡会	
8	介護保険サービス事業者の代表者 (入所施設)	寶 珠 山 幹 朗	柳川みやま介護サービス事業者連絡会	
9	介護保険サービス事業者の代表者 (通所施設)	横 倉 義 英	柳川みやま介護サービス事業者連絡会	
10	介護保険サービス事業者の代表者 (居宅介護支援事業所)	藤 丸 由 美 子	柳川みやま介護サービス事業者連絡会	
11	被保険者の代表者	内 山 田 建 夫	みやま市民生委員 児童委員協議会	副会長
12	被保険者の代表者	河 原 公	みやま市老人クラブ 連合会	

第8期みやま市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画

発行 みやま市
〒835-8601
福岡県みやま市瀬高町小川5番地
電話 0944-63-6111（代表）

発行日 令和3年3月



みやま市マスコットキャラクター

くっぴー