

1-1		介護予防			
課題仮説	<p>【現状】 骨関節疾患が、要介護認定申請に至った原因疾患の上位を占めている。</p>	<p>【課題】 転倒による骨折等が原因で、骨関節疾患を負う人が多く、要介護状態となるケースが多い。</p>	<p>【真因】 外出の機会を無くすことで、フレイル^{※1}状態となる高齢者が多く、それにより、運動機能が低下し、転倒しやすい状態になっている。</p>		
	<p>【Input①】 地域包括支援センター</p>				
投入	<p>【Input②】 介護予防拠点整備事業における補助金^{※2}</p>	<p>【Input③】 リハビリテーション専門職</p>	<p>【Input④】 介護予防・生活支援サポーター^{※4}</p>	<p>【Input⑤】 保健師</p>	<p>【Input⑥】 栄養士</p>
	取組	<p>【Activity①】 地域が介護予防拠点を整備する際、その費用を補助することで、歩いて通える介護予防拠点の拡充を図る。 (指標：整備箇所数)</p>	<p>【Activity②】 住民主体の介護予防教室に、リハビリテーション専門職等を派遣し、運動、口腔機能向上、栄養改善、認知症予防等を実施する。 (指標：一般介護予防事業の介護予防教室^{※3}実施箇所数)</p>	<p>【Activity③】 週に1度、体力低下者に対し、介護予防・生活支援サポーターを中心とした運動・口腔機能向上及び栄養改善プログラムを提供する。 (指標：通所型サービスA実施回数)</p>	<p>【Activity④】 地域の通いの場において、専門職による運動や口腔機能の向上、栄養改善のための支援や指導を実施することで、短期間の自立支援を図る。 (指標：通所型サービスC実施回数)</p>
取組結果		<p>【Output①】 身近な介護予防拠点の充実により、地域サロンの参加者が増加する。 (指標：地域サロン参加者実人数)</p>	<p>【Output②】 住民主体の介護予防教室において、専門職による継続的な介護予防活動が実施される。 (指標：一般介護予防教室の参加者数)</p>	<p>【Output③】 地域の介護予防の担い手により、定期的に体力や筋力、栄養改善が図られる。 (指標：通所型サービスA利用者数)</p>	<p>【Output④】 特に健康状態の維持・改善が求められる状態の者に対して、集中的な自立支援が提供される。 (指標：通所型サービスC利用者数)</p>
	結果がもたらす変化	<p>【S_Outcome①】 介護予防事業に参加した人のうち、健康を実感する人の割合が増加する。 (指標：主観的健康観の維持・改善者割合^{※6})</p>	<p>【S_Outcome②】 通所型サービスA及び一般介護予防事業の参加者における認知機能リスク保有者割合が減少する。 (指標：主観的健康観の維持・改善者割合^{※6})</p>	<p>【S_Outcome③】 通所型サービスCの認知機能維持改善者割合が増加する。 (指標：MMSE^{※5}維持改善者割合)</p>	
<p>【I_Outcome①】 適切な予防プログラムや自立支援が提供されることで、軽度の要支援・要介護者の重度化を予防できる。(指標：要介護2以上認定率)</p>					
社会変化	<p>生涯にわたって健康を保ち、自分の望む活動を継続することができる。</p>				

指 標

閉じこもり者割合 4.7% (全国平均 4.9%)

要介護認定新規申請に至った原因疾患のうち、関節疾患が占める割合 14% (令和4年度)

- Ipt① 保健師：1名
- Ipt② 補助上限額（本計画策定時点）：8,910千円
- Ipt③ 2名
- Ipt④ 450名
- Ipt⑤ 2名
- Ipt⑥ 2名（内、1名は管理栄養士）

No.	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Act① (箇所)	4	9	0	3	3	3
Act② (箇所)	12	12	12	13	10	10
Act③ (回)	81	119	120	120	120	120
Act④ (回)	48	47	48	48	48	48
Opt① (人)	850	874	850	860	870	880
Opt② (人)	170	148	140	150	150	150
Opt③ (人)	42	33	30	30	30	30
Opt④ (人)	42	30	30	30	30	30
S_O① (%)	5	4	5	5.5	6	6.5
S_O② (%)	35.05	37.35	37.35	36.00	35.50	35.00
S_O③ (%)	70	86	86	90	92	95
I_O① (%)	9.02	8.82	9.52	9	8.5	8

「投入」へ循環する資源
無し

参 考

本ロジックモデルにおける評価指標等の設定にあたっては、以下の資料における視点を活かしつつ、地域の実情を踏まえて選定しています。

(参考：「地域支援事業実施要綱（老発0328第1号令和4年3月28日最終改正）別添4 総合事業の事業評価」)

※1 フレイル

要介護状態に至る前段階として位置づけられますが、身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味します。

(引用元：「高齢者の特性を踏まえた保健事業 ガイドライン」平成30年4月厚生労働省保健局高齢者医療課)

※2 介護予防拠点整備事業における補助金

地域医療介護総合確保基金管理運営要領に基づき、介護予防拠点整備を実施する地域の運営主体に交付するものです。

※3 一般介護予防事業の介護予防教室

現在、次の内容で実施しています。

- ① 元気クラブ
町の10箇所で月2回の活動を実施。住民主体の介護予防教室で、介護予防・生活支援サポーターが主体となり、運動や口腔機能向上、栄養改善、認知症予防を実施しています。
- ② 介護予防に資する社会資源へのアクセスが困難な中山間地域においては、地域特性に応じた新たな介護予防教室が創設されています。
 - 1. 水越ホテルの学校（水越地区）
 - 2. 人生百歳クラブ（田代西部地区）
 - 3. nana色クラブ（七滝地区）
 - 4. nanaヨガ教室（七滝地区）

※4 介護予防・生活支援サポーター

地域における介護予防の担い手ボランティアです。通いの場の運営等に携わり、介護予防教室や生活支援を提供しています。

※5 MMSE

認知症の疑いがあるときに行う神経心理検査の一つです。認知機能の低下を点数で客観的に計測することが可能で、見当識や記憶力・注意機能以外にも言語能力や視空間認知能力なども評価できる点が特徴です。

※6 主観的健康観の維持・改善者割合

一般介護予防事業等を活用し、年に1度利用者に実施しているアンケート調査より収集する。

1-2	生活習慣病等の発症予防と重症化予防	
課題仮説	<p>【現状】 がんによる死亡や生活習慣病に起因する疾病の重度化により介護認定申請に至るケースが増加している。</p>	<p>【課題】 予防可能ながん、生活習慣病を早期発見・早期治療に結びつけ、発症・重症化予防する必要がある。</p>
投入	<p>【Input①】 健康づくり保険課</p> <p>【Input②】 健康診断実施機関</p>	
取組	<p>【Activity①】 5がん^{※1}検診の開催箇所を増やす。 (指標：実施箇所数)</p>	<p>【Activity②】 特定健診の開催箇所を増やす。 (指標：実施箇所数)</p>
取組結果	<p>【Output①】 胃がん健診受診率が増加する。 (指標：国保加入者の胃がん検診受診率)</p> <p>【Output②】 大腸がん健診受診率が増加する。 (指標：国保加入者の大腸がん検診受診率)</p> <p>【Output③】 肺がん健診受診率が増加する。 (指標：国保加入者の肺がん検診受診率)</p> <p>【Output④】 子宮がん健診受診率が増加する。 (指標：国保加入者の子宮がん検診受診率)</p> <p>【Output⑤】 乳がん健診受診率が増加する。 (指標：国保加入者の乳がん検診受診率)</p>	<p>【Output⑥】 特定健診受診率が増加する。 (指標：特定健診受診率)</p>
結果がもたらす変化	<p>【I_Outcome①】 精密検査により早期にがんを発見し、治療に結びつくケースが増加する。 (指標：がん早期発見率)</p> <p>【I_Outcome②】 がん・生活習慣病に対して早期に適切なケアが提供されることで、がんによる死亡者数が減少する。 (指標：熊本県における75歳未満年齢調整死亡率【人口10万人対】)</p>	<p>【S_Outcome②】 特定健診の検査結果の特定の検査項目^{※2}該当者へ保健指導^{※3}実施率が上昇する。 (指標：該当者への保健指導実施率)</p> <p>【I_Outcome②】 メタボリックシンドローム該当者及び予備群が減少する。 (指標：メタボリックシンドローム該当者予備群の割合)</p> <p>【I_Outcome③】 高血圧者が減少する。(指標：Ⅱ度高血圧以上の割合)</p> <p>【I_Outcome④】 脂質異常症者が減少する。(指標：LDL180mg/dl以上の割合)</p> <p>【I_Outcome⑤】 糖尿病患者増加が抑制する。(指標：HbA1c6.5以上の者の割合)</p> <p>【I_Outcome⑥】 血糖コントロール不良者が減少する。 (指標：治療中のHbA1c8.0以上の者の割合)</p>
社会変化	生活習慣病等を発症・重症化予防することで、健康寿命の延伸につながる。	

指 標

脳血管疾患、糖尿病、心疾患が原因で要支援・要介護認定を受ける人の割合：約 15%（令和 4 年度）

全死因のうち、がんが占める割合 58.5%
-KDB システム

Ipt① 保健師 6 名、栄養士・管理栄養士 3 名
Ipt② 熊本県総合保健センター、日赤健康管理センター、
済生会予防医療センター、厚生連健康管理センター、
メディメッセ桜十字

No.	第 8 期計画の実績値			第 9 期計画の計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Act① (箇所)	8	8	8	9	9	9
Act② (箇所)	8	8	8	9	9	9
Opt① (%)	33.2	40.0	40.5	42	44	46
Opt② (%)	20.8	31.4	32.0	35	38	41
Opt③ (%)	31.4	33.2	33.5	35	38	41
Opt④ (%)	36.0	40.6	41.0	42	44	46
Opt⑤ (%)	69.6	71.5	72.0	73	74	75
Opt⑥ (%)	45.6	46.6	47.0	50	52	54
S_O① (%)	57.1	58	59	60	60	60
S_O② (%)	89.8	90.8	89.5	90	90	90
I_O① (%)	66.0	66.4	67.0	67.0	67.0	67.0
I_O② (%)	33.4	32.5	32.4	32.3	32.2	32.1
I_O③ (%)	7.2	8.3	8.5	8.5	8.4	8.3
I_O④ (%)	2.3	2.5	2.5	2.4	2.4	2.3
I_O⑤ (%)	10.8	11.9	12.0	11.9	11.8	11.7
I_O⑥ (%)	10.2	9.5	9.5	9.4	9.3	9.2

「投入」～循環する資源
無し

参 考

※ 1 5 がん

次に掲げるもの

- 1.胃がん
- 2.大腸がん
- 3.肺がん
- 4.子宮がん
- 5.乳がん

※ 2 特定健診の検査結果の特定の検査項目

特定健診の検査結果から、下記検査項目該当者へ保健指導を実施

- HbA1c6.5 以上
- 血圧Ⅱ度以上
- LDL180mg/dl 以上
- TG300mg/dl 以上
- eGFR45 未満または尿たんぱく 2+以上
- 心房細動あり

※ 3 保健指導

次の 2 つの方法で保健指導を行う。

- ①ハイリスクアプローチ
健診の結果から腎症、高血圧、高血糖等の精密検査を必要とする対象者への訪問
- ②ポピュレーションアプローチ
レセプトデータから把握した重症化予防及び再発予防対象者に対し、認知症や脳血管疾患等を予防していくための健康教育を実施する通いの場を設ける

1-3		ボランティア活動による社会参加			
課題仮説	【現状】 閉じこもりを原因としたフレイル状態やうつ病を抱える高齢者が多い。	【課題】 外出や人との交流、社会参加の機会を得られず、閉じこもる高齢者がフレイルやうつ病等のリスクを抱えている。	【真因】 退職後、居場所（役割）が急なくなるケースや地域での役割が少ないといった背景により、生きがいを喪失し、社会との関係が希薄になっている。		
	【Input①】 熊本連携中枢都市圏 ※1	【Input②】 御船町社会福祉協議会			
投入					
	【Activity①】★ 熊本健康ポイント事業（アプリ）※2について広報周知を行う。 （指標：広報回数）	【Activity②】★ 介護予防・生活支援サポーター養成講座（地域における健康づくり、介護予防の基礎に関する内容）を実施する。 （指標：養成講座の実施回数）	【Activity③】★ 介護予防・生活支援サポーター代表者会を開催し、年間の実働に向けたスケジュール調整を行う。 （指標：代表者会の開催回数）	【Activity④】★ 介護予防・生活支援サポーター向けの研修会を開催する。 （指標：研修会の開催回数）	
取組					
	【Output①】 ボランティア活動への参加者が増える。 （指標：介護予防事業等において活動している介護予防・生活支援サポーター人数）※3	【Output②】 介護予防に関する基礎的な知識の習得が行われる。 （指標：介護予防・生活支援サポーター養成者数）	【Output③】 実働に向けた具体的な調整が行われる。 （指標：代表者会の参加人数）	【Output④】 介護予防・生活支援サポーターが増える。 （指標：研修会の参加人数）	
取組結果					
	結果がもたらす変化	初期	【S_Outcome①】 参加者がやりがいを感じ、ボランティア活動が活性化する。 （指標：賞品交換者数）	【S_Outcome②】 介護予防・生活支援サポーター登録者数が増加する。 （指標：登録者数）	【S_Outcome③】 介護予防・生活支援サポーター実働数が増加する。 （指標：活動者割合）
		中間	【I_Outcome①】 ボランティア活動による社会参加が増加する。 （指標：ボランティア等に参加している高齢者の割合）		
	社会変化		地域での役割を持ち、社会参加する人が増える。		

指 標

ボランティア活動が盛んな地域では、うつ病の発症が少ない。

月1回以上ボランティア活動に参加している高齢者は、そうでない高齢者と比べてうつ病の発症リスクが低いことが確認されている。

—JAGES2021年プレスリリース

うつ病のリスク高齢者割合が、前回(2020年)調査時点から上昇し、調査対象者全体の約30%となっている。(全国平均は43.17%)

Ipt① 熊本連携中枢都市圏の構成市町村

Ipt② 1名

No.	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Act① (回数)	0	0	1	1	1	1
Act② (回)	1	2	1	2	2	2
Act③ (回)	1	1	1	1	1	1
Act④ (回)	1	1	1	1	1	1
Opt① (人)	67	64	80	85	90	90
Opt② (人)	8	20	16	20	20	20
Opt③ (人)	10	10	10	10	10	10
Opt④ (人)	152	311	49	150	200	250
S_O① (人)	0	0	36	40	45	50
S_O② (人)	391	411	423	443	463	483
S_O③ (%)	17.1	15.6	18.9	19.1	19.4	19.7
I_O① (%)	/	25.6	/	/	27.0	/
I_O② (%)	/	12.4	/	/	10.0	/

「投入」へ循環する資源
無し

参 考

※1 熊本連携中枢都市圏

熊本県中心部に位置する、熊本市、菊池市、宇土市、宇城市、阿蘇市、合志市、美里町、玉東町、大津町、菊陽町、高森町、西原村、南阿蘇村、御船町、嘉島町、益城町、甲佐町、山都町 計18市町村

※2 熊本健康ポイント事業(アプリ)

住民の健康増進や健康寿命の延伸を図ることを目的とした事業で、日々の健康づくり活動を行うことでポイントが付与される。ポイントが貯まると特典を受けることができるアプリである。

※3 介護予防事業等において活動している介護予防・生活支援サポーター人数

本指標は、一般介護予防事業と通所型サービスAについて確認する。

1-4		栄養状態のコントロール	
課題仮説	【現状】 短い期間に急激に体重を落とす等、低栄養状態のリスクが懸念される対象者が多くいる。	【課題】 高齢者の低栄養状態は、感染症、褥瘡、創傷治癒の遅延、骨格筋萎縮等の健康障害を引き起こし、筋肉量・筋力や骨量が減少することにより、転倒等による骨折のリスクが増加させるため、栄養状態を改善する必要がある。	【真因】 栄養管理に関する知識が乏しいことに加え、口腔機能の低下により、消化機能が衰え、栄養摂取に支障が生じている。
	【Input①】 管理栄養士	【Input②】 歯科衛生士	
取組	【Activity①】 一般介護予防教室及び通所型サービスC参加者に対し、管理栄養士による栄養管理のための講習会を開催する。 (指標：講習会の開催回数)	【Activity②】 一般介護予防教室及び通所型サービスCの参加者に対し、歯科衛生士による口腔衛生に関する講習会を開催する。 (指標：講習会の開催回数)	
	【Output①】 参加者の間で、栄養管理についての理解が深まる。 (指標：講習会の参加者数)	【Output②】 参加者の間で、口腔衛生についての理解が深まる。 (指標：講習会の参加者数)	
取組結果			
結果がもたらす変化	初期	【S_Outcome①】 一般介護予防教室及び通所型サービスCの参加者における低栄養リスク保有者割合が減少する。 (指標：低栄養リスク保有者割合)	【S_Outcome②】 一般介護予防教室及び通所型サービスCの参加者における口腔機能リスク保有者の割合が減少する。 (指標：口腔機能リスク保有者割合)
	中間	【I_Outcome①】 栄養状態の改善が必要な高齢者の割合が減少する。 (指標：低栄養者割合)	
社会変化	自らの栄養状態を適切にコントロールできるようになる。		

指 標

2022年実施の「健康とくらしの調査」によれば、本町における低栄養者割合は調査回答者のうち1.8%（全国平均：1.7%）で、課題指標であった。

Ipt① 1名
Ipt② 1名

No.	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Act① (回)	26	13	13	13	13	13
Act② (回)	13	26	26	26	26	26
Opt① (人)	271	133	130	140	140	140
Opt② (人)	153	268	277	280	290	300
S_O① (%)	1.3	4.0	4.0	3.0	2.5	2.0
S_O② (%)	17.6	23.8	23.8	22.0	21.0	20.0
I_O① (%)	/	1.8	/	/	1.6	/

投入に循環する資源
無し

参 考

【口腔状態と低栄養リスクとの関係】

高齢者の口腔状態と低栄養リスクとの関係について、本町も参加した「健康とくらしの調査」のデータを用いた次のような分析がJAGESによってなされています。

口腔機能が低下している人では、食欲が低下している人が多い。

【分析内容】

高齢者における食欲の低下は低栄養状態につながる重大な健康問題です。

高齢者 20,338 人を対象に食欲低下の指標の1つである simplified Nutritional Appetite Questionnaire : SNAQ (4~20点)を用いて、食欲と口腔状態との関連を調べました。その結果、対象者のうち、低栄養のリスクの高いとされる SNAQ が 14 点以下の人の割合は 30.2% でした。

口腔状態の悪い人ではその割合はさらに高くなっていました(歯数 10~19 本以下: 35.2%、歯数 0~9: 39.3%、咀嚼困難: 40.6%、むせ: 35.0%、口腔乾燥: 38.4%)。高齢者における口腔の健康状態の維持は、食欲の低下を防いで、QOL の維持・向上につながると考えられます。

(引用元: 令和5年度第2回保険者共同研究会 健康とくらしの調査データを用いた分析結果報告集 <参考>JAGES)

1-5		介護予防へのアウトリーチ※1		
課題仮説		<p>【現状】 5年連続で要支援・要介護認定率が上昇している。</p>	<p>【課題】 本来、介護予防事業により改善が見込まれるにも関わらず、要支援・要介護認定申請を行うケースが増えている</p>	<p>【真因】 介護保険係において要支援・要介護認定の相談を受け付ける又は、更新の勧奨を行う際、専門職による対応でないため、個人の特性に応じた適切な介護予防事業等へ接続する体制が充分でない。</p>
投入		<p>【Input①】 地域包括支援センター</p> <p>【Input②】 介護保険係</p>		
取組		<p>【Activity①】★ 要支援・要介護認定や介護の相談者にインフォーマルサービス※2や介護予防事業について適切な案内を行い、専門職につなぐ。 (指標：地域包括支援センターの専門職に接続した件数)</p>	<p>【Activity②】★ 要支援・要介護認定の更新対象者のうち、サービス利用実績が無い者に対して、更新意向の聞き取りを行う。 その内、要支援認定者について、総合事業対象者となり得る者についても実態把握を行い、移行をサポートする。 (指標：更新意向の聞き取り及び総合事業への移行サポート件数)</p>	
取組結果		<p>【Output①】 本来、総合事業対象者であるものの、要支援・要介護認定に至るケースが減少する。 (指標：総合事業対象者数)</p>	<p>【Output②】 要支援・要介護認定の更新申請率が低下する。 (指標：要支援・要介護認定の更新率)</p>	
結果がもたらす変化	初期	<p>【S_Outcome①】 軽度者の認定者数が減少する。 (指標：要支援1,2、要介護1,2における新規要介護認定率)</p>		<p>【S_Outcome②】 要支援・要介護認定者のうち、サービス未利用者の割合が減少する。 (指標：サービス未利用者割合)</p>
	中間	<p>【I_Outcome①】 要介護認定率が減少する。 (指標：要介護認定率)</p>		
社会変化		<p>充実した介護相談窓口により適切な介護予防につなげ、 要支援・要介護状態への転入を予防する。</p>		

指 標

上益城郡内平均値との比較においても申請却下率が非常に高く、申請受付までのプロセスに問題がある。

また、介護予防事業の成果と要介護認定率の乖離からも、実態に即していないことが確認できる。

Ipt① 2名

Ipt② 2名

No.	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Act① (件)				60	60	60
Act② (件)				120	120	120
Opt① (件)	107	110	110	110	110	110
Opt② (%)	93	94	95	90	90	90
S_O① (%)	3.55	3.30	3.30	3.25	3.20	3.15
S_O② (%)	16.5	16.0	15.0	14.0	12.0	10.0
I_O① (%)	18.0	18.3	18.7	18.5	18.2	17.9

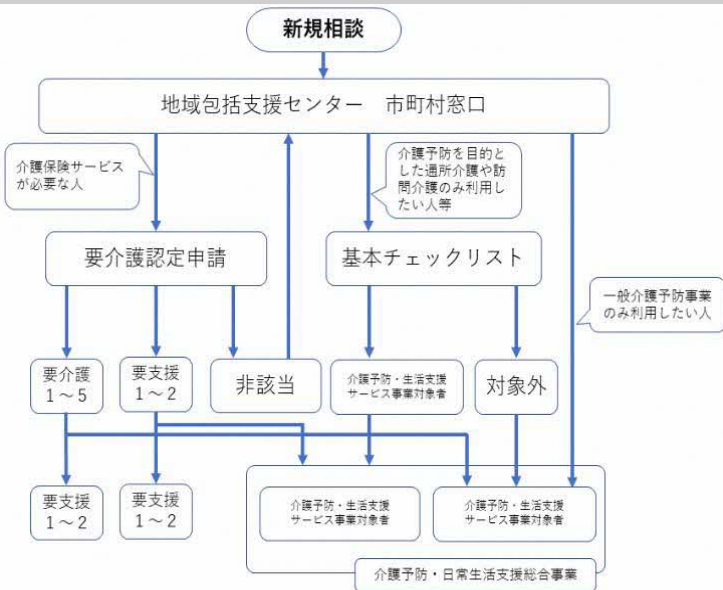
「投入」へ循環する資源
無し

参 考

従前より、介護予防・日常生活支援総合事業の対象者把握からサービス提供の流れは、大きく2つあります。

1つ目に、相談者のうち、介護保険サービスが必要な方については、要介護認定申請を案内し、申請後、要支援1, 2に認定された方が、介護予防サービスに加え、介護予防・生活支援サービス事業の対象となります。

2つ目に、町が実施する介護予防を目的とした通所型サービスや訪問型サービス（一部例外あり）のみを希望する方については「基本チェックリスト」を用いて判定を行い、該当者が介護予防・生活支援サービス事業の対象となります。



※1 介護予防へのアウトリーチ

支援が必要であるにも関わらず、届いていない人に対し、行政や支援機関などが積極的に働きかけて情報や支援を届けるプロセス。

※2 インフォーマルサービス

家族をはじめ近隣や地域社会、NPOやボランティアなどが行う援助活動で、公的なサービス以外のものを指します。サービスの質や提供される量が公的なサービスに比べ一定していませんが、顔見知りの方々による援助や公的なサービスにはない細やかなニーズに対応できます。

2-1

認知症への理解を広げる

課題仮設	【現状】 在宅で、要介護1、2の者を介護する家族が不安を感じる介護の中で、認知症状への対応が最も多い。	【課題】 在宅での認知症介護の不安を解消する必要がある。	【真因】 介護者への情緒的サポート※1を提供する支援者や環境が充分でない。
	【Input①】 地域包括支援センター	【Input②】 医療機関	
投入	【Activity①】 認知症サポーター※2の養成を図る。 (指標：開催回数)	【Activity②】 認知症サポーターステップアップ研修を開催する。 (指標：開催回数)	【Activity③】 チームオレンジ※4のメンバー増員を図る。 (指標：ステップアップ研修の開催回数)
	【Activity④】 認知症カフェ※5を開催する。 (指標：開催回数)		
取組	【Output①】 認知症に関する正しい知識が伝えられる。 (指標：養成講習受講者数)	【Output②】 認知症サポーターアクティブチーム※3メンバーが増加する。 (指標：認知症サポーターアクティブチーム累計数)	【Output③】 チームオレンジによる支援の輪が広がる。 (指標：ステップアップ研修受講者数)
	【Output④】 介護者に情緒的サポートが提供され、支援に関する情報が共有される。 (指標：認知症カフェの参加者延人数)		
取組結果	【S_Outcome①】 地域に、認知症に関する正しい知識を持つ人が増える。 (指標：認知症サポーター累計受講者数)	【S_Outcome②】 認知症カフェ等をきっかけとした本人中心の包括的な認知症支援の輪が構築される。 (指標：チームオレンジのチーム員数)	
	【I_Outcome①】 地域全体が認知症に関する正しい知識を有し、本人や家族に情緒的サポートが提供されることで、介護者の心理的負担が軽減され、地域・在宅生活が安定する。 (指標：在宅介護実態調査>要介護1,2の方の介護者が不安を感じる介護>認知症状への対応の割合)		
結果がもたらす変化	初期	中間	
社会変化	認知症でも、安心して住み慣れた地域での日常生活を継続できる。		

指 標

要介護1, 2の方の「介護者が不安を感じる介護」のうち、「認知症状への対応」が占める割合：39.2% (n=74)

－令和5年 在宅介護実態調査集計結果より

Ipt① 3名
Ipt② 町内医療機関1箇所

No.	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Act① (回)	30	24	17	20	20	20
Act② (回)	0	0	3	3	3	3
Act③ (回)	5	4	9	8	8	8
Act④ (回)	11	19	10	12	12	12
Opt① (人)	480	442	350	450	460	470
Opt② (人)	260	260	364	374	384	394
Opt③ (人)	190	131	238	250	260	270
Opt④ (人)	152	198	199	200	200	200
s_o① (人)	6,054	6,496	6,846	7,296	7,756	8,226
s_o② (人)	59	95	138	158	178	198
I_o① (%)			39.2		35.0	

「投入」へ循環する資源
無し

参 考

※1 情緒的サポート

勇気づけたり、同情したり、あるいは、共に時間を過ごすというような情緒面への働きかけのことで。

※2 認知症サポーター

認知症サポーター養成講座を受講した人で、認知症に対する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人やその家族に対してできる範囲で支援を行うことを主な役割としています。

※3 認知症サポーターアクティブチーム

認知症の方やその家族を支える活動を積極的かつ能動的に行う団体のことをいいます。

この団体は、認知症サポーターが活躍しやすい環境づくりを進めるため、熊本県が市町村の推薦を受け、次の認定基準に基づき認定するものです。

認定された団体は、名簿に登録し管理するとともに、県内市町村に情報提供し活用することとされています。

《認定基準》

- ア 認知症の人やその家族への支援を積極的に行っている団体
- イ 市町村の求めに応じ、可能な範囲で認知症の人やその家族への支援活動を行うことができる団体
- ウ 市町村が実施する実践研修を修了した認知症サポーターが所属する団体

※4 チームオレンジ

認知症と思われる初期の段階から、心理面・生活面の支援として、市町村がコーディネーターを配置し、地域において把握した認知症の方の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等と認知症サポーター（基本となる認知症サポーター養成講座に加え、ステップアップ講座を受講した者）を中心とした支援者をつなぐ仕組みのことで。

★チームオレンジ3つの基本★

- ①ステップアップ講座修了及び予定のサポーターでチームが組まれている。
- ②認知症の人もチームの一員として参加している。（認知症の人の社会参加）
- ③認知症の人と家族の困りごとを早期から継続して支援ができる。

※5 認知症カフェ

本町においては、認知症地域支援推進員を中心に医療機関等と連携して開催されており、認知症の人やその家族、地域住民、介護や福祉の専門家などだれでも気軽に集い、認知症について学習し、考えることが出来る場となっています。

課題仮設	<p>【現状】 認知症が要支援・要介護認定申請に至った原因疾患のうち、最も多いものとなっている。</p>	<p>【課題】 認知症の発症により、要支援・要介護状態となる高齢者が多く、住み慣れた地域での自立した生活を阻害する要因となっている。</p>	<p>【真因】 認知症のリスクを早期に予防し、その進行を緩和するための支援機能が、対象者を網羅しきれていない。</p>
	<p>【Input①】 認知症初期集中支援チーム※1</p>	<p>【Input②】 認知症疾患医療センター</p>	<p>【Input③】 認知症サポーターアクティブチーム</p>
	<p>【Activity①】 認知症初期集中支援チーム員会議を開催する。 (指標：開催回数)</p>	<p>【Activity②】 認知症の進行に伴った適切なサービス提供のため、認知症地域支援推進員を中心に、認知症疾患医療センターと連携し、相談会を行う。 (指標：開催回数)</p>	<p>【Activity③】 認知症カフェ（出張カフェを含む）を開催し、認知症の疑いがある者が、専門職と関わる機会を増やす。 (指標：認知症カフェ開催回数)</p>
取組結果	<p>【Output①】 本人や家族に対して、認知症の初期状態に必要な自立支援が集中的に実施される。 (指標：事例検討を実施した対象者数)</p>	<p>【Output②】 もの忘れ等、認知症の初期症状※2を感じた本人や家族に、初期の予防に必要な支援が提供される。 (指標：相談件数)</p>	<p>【Output③】 専門職との関わりが増えることで、MCIの疑いがある者についての把握が進む。 (指標：MCIの疑いがある者についての報告件数)</p>
	<p>【S_Outcome①】 早期に適切な認知症ケアが実施されることで、認知症の進行が緩和され、要支援・要介護状態となるリスクが軽減される。 (指標：1年以内に要支援・要介護認定を受ける者の割合)</p>		
結果がもたらす変化	<p>初期</p>		
	<p>中間</p>	<p>【I_Outcome①】 早期に適切な認知症予防支援が実施されることで、自立した生活を送れる期間が延伸する。 (指標：認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合)</p>	
社会変化	<p>認知症リスクを回避し、その進行をできるだけ遅らせることで、生涯にわたって自立した生活を送ることができる。</p>		

指 標

認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合が、要支援・要介護認定者総数の過半数を占めている。

(2022年10月末現在：63.7%)

認知症が原因で要介護認定を申請する者の割合が多い。

(令和5年度当該値：24%)

Ipt① 8名

Ipt② 1名

Ipt③ 2名

No.	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Act① (回)	12	12	12	12	12	12
Act② (回)	12	11	12	12	12	12
Act③ (回)	11	19	12	12	12	12
Opt① (人)	3	1	0	1	2	3
Opt② (件)	10	10	15	15	15	15
Opt③ (件)	5	3	3	10	10	10
S_O① (%)	100	0	0	50	50	50
I_O① (%)	72	68	68	65	62	60

「投入」へ循環する資源
無し

参 考

※1 認知症初期集中支援チーム

医療・介護の職員が医療受診や介護サービスの調整を行うチームです。

おおむね6ヶ月以内の支援を短期集中的に行うこととされています。

※2 認知症の初期症状

認知機能障害（もの忘れや失見当識）、全般性注意障害（複雑なこと、予期しないことへの対応が苦手になる）、実行（遂行）機能障害（料理などの複雑な作業が出来なくなる）等がある。

2-3		権利擁護	
課題仮説	<p>【現状】 認知症高齢者や単独世帯の高齢者の増加が見込まれる中、成年後見制度^{※1}等の必要性が高まっている。</p>	<p>【課題】 成年後見制度の利用者数は近年増加傾向にあるものの、高齢化率や認知症高齢者数等と比較して著しく少ないなど、成年後見制度が十分に活用されていない状況にある。</p>	<p>【真因】 成年後見制度についての認知度が低いため、利用に結びつきにくい。</p>
	投入	<p>【Input①】 地域包括支援センター</p>	<p>【Input②】 御船町社会福祉協議会</p>
取組	<p>【Activity①】★ 介護保険事業所向けの御船町高齢者権利擁護推進研修を開催する。 (指標：研修会の開催回数)</p>	<p>【Activity②】 「くらしの相談」の周知する。 (指標：「くらしの相談」の周知回数)</p>	
取組結果	<p>【Output①】 参加者の間で、権利擁護についての理解が深まる。 (指標：研修会の参加者数)</p>	<p>【Output②】 「くらしの相談」が開催される。 (指標：「くらしの相談」の相談者実人数)</p>	
結果がもたらす変化	<p>【S_Outcome①】 身近な方が権利擁護の必要性に早期に気づき、必要な支援に繋げることができる。 (指標：成年後見制度相談件数)</p>	<p>【S_Outcome②】 相談会での地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）^{※2}についての理解が深まる。 (指標：地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）の利用者数)</p>	
	<p>【I_Outcome①】 必要な人に成年後見制度の利用が拡大する。 (指標：認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上の者の数に対する成年後見制度利用者（任意後見を除く）の割合)</p>		
社会変化	<p>認知症高齢者等のうち判断能力が不十分な方が地域において、自立した生活を送ることができる。</p>		

指 標

参 考

【成年後見制度の認知度】

- ・名前も内容も知っている … 22.0%
- ・名前だけ知っている … 39.0%
- ・知らない … 33.4%
- ・無回答 … 5.6%

－令和5年度実施町民アンケート（p.18 参照）より

Ipt① 1名
Ipt② 1名

No.	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Act① (回)	1	1	1	1	1	1
Act② (回)	28	30	26	30	30	30
Opt① (人)	14	27	25	25	25	25
Opt② (人)	76	91	100	100	100	100
S_O① (件)	10	10	10	10	10	10
S_O② (人)	31	34	36	33	33	33
I_O① (%)	/	10	/	/	15	/

「投入」へ循環する資源
無し

本町では、認知症、知的障がいその他精神上の障がいなどにより自身の財産管理や日常生活などに支障があり支援を必要とする方へ、包括的な支援が行き届く地域社会の実現に向けた施策を総合的かつ計画的に推進している。

※1 成年後見制度

認知症・知的障がい・精神障がいなどによって、ひとりで決めることに不安がある人が様々な契約や手続きを行うときに支援する制度である。主に下記の支援を行う。

【財産管理】

預貯金や不動産などの管理、遺産分割などの財産に関する契約などを支援する。

【身上監護】

介護・福祉サービスの利用や医療・福祉施設の入所・退所の手続きなど、日常生活に関わる契約などを支援する。

※2 地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）

認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等のうち判断能力が不十分な者に対して、福祉サービスの利用に関する援助等を行うことにより、地域において自立した生活が送れるよう支援する。

【権利擁護について】

成年後見制度については、上位計画である「地域福祉計画」に準ずることとします。

3-1

日常療養と退院後の介護予防強化

課題仮設	<p>【現状】 退院後、半年以内に要支援、要介護認定を受ける者が増加している。</p>	<p>【課題】 退院後、適切な介護予防が実施されず、ADL※1が低下するケースが多い。</p>	<p>【真因】 入院病床のある医療機関で介護予防事業に関する認知度が低い。</p>
	<p>【Input①】 上益城郡医師会（在宅医療サポートセンター）</p>		
	<p>【Activity①】 在宅医療及び介護関係者と在宅医療未実施医療機関との連携を図るため、関係者会議を開催する。 (指標：会議の開催回数)</p>		
投入	<p>【Output①】 会議の開催により、連携体制について関係者間で意識が共有される。 (指標：会議の参加率)</p>		
	<p>【S_Outcome①】 医療機関から介護予防事業への接続件数が増える。 (指標：医療機関から介護予防事業への接続件数)</p>		
取組	<p>【I_Outcome①】 退院後のADL低下者割合が減少する。 (指標：退院後のADL低下者割合)</p>		
	<p>入退院があっても、介護と医療が連携した切れ目のないケアで自立した生活を維持できるようになる。</p>		
取組結果	<p>【I_Outcome①】 退院後のADL低下者割合が減少する。 (指標：退院後のADL低下者割合)</p>		
	<p>入退院があっても、介護と医療が連携した切れ目のないケアで自立した生活を維持できるようになる。</p>		
結果がもたらす変化	初期	<p>【S_Outcome①】 医療機関から介護予防事業への接続件数が増える。 (指標：医療機関から介護予防事業への接続件数)</p>	
	中間	<p>【I_Outcome①】 退院後のADL低下者割合が減少する。 (指標：退院後のADL低下者割合)</p>	
社会変化	<p>入退院があっても、介護と医療が連携した切れ目のないケアで自立した生活を維持できるようになる。</p>		

指 標

退院後、半年以内に要支援、要介護認定を受けた者の推移

R2：7名（10%）

R3：12名（15%）

R4：18名（20%）

※（）内は退院総数に占める割合

Ipt① 年間業務委託料：500千円

No.	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Act① (回)	0	0	0	1	1	1
Opt① (%)	0	0	0	80	90	100
S_O① (件)	1	2	1	5	10	15
I_O① (%)			25			15

「投入」へ循環する資源

無し

参 考

※1 ADL

日常生活を送るために最低限必要な日常的な動作で、「起居動作・移乗・移動・食事・更衣・排泄・入浴・整容」動作のことを指します。

3-2

急変時及び看取り体制の構築

課題仮設	【現状】 家や入所している施設等（住み慣れた場所）で看取られることなく、搬送先で亡くなるケース等が増加している。	【課題】 家族や施設等における急変時の対応において、看取り体制が十分に構築されていない。	【真因】 医療や介護の選択に関する本人や家族の意思表示を行う機会が限られているため、特に急変時に看取りを行うことが困難である。
	【Input①】 上益城郡医師会	【Input②】 地域包括支援センター	【Input③】 介護保険係
取組	【Activity①】 ACP※1の実施に関する普及・啓発を目的に、介護施設職員向けの研修会を実施する。 （指標：研修会の開催回数）	【Activity②】 終末期における本人の意思決定支援等を支援するためのリーフレットを作成し、Webサイト、広報誌等において周知を行う。 （指標：広報誌の配布世帯数）	【Activity③】 居宅介護支援事業所に対し、②におけるリーフレットを配布し、意思決定支援についての周知依頼を行う。 （指標：周知を依頼した事業所数）
	【Output①】 介護施設職員の間で、ACPの必要性や実施方法についての認識が広がる。 （指標：研修会の参加率）	【Output②】 終末期における本人の意思決定等についての住民の認識が高まる。 （指標：Webサイトのアクセス数）	【Output③】 居宅介護支援を受けている者の中で、ACPの必要性や実施方法についての認識が広がる。 （指標：居宅介護支援事業所利用者におけるリーフレット配布率）
結果がもたらす変化	【S_Outcome①】 介護施設におけるACPの実施率が上昇する。 （指標：介護施設におけるACP実施率）	【S_Outcome②】 居宅サービス利用者におけるACPの実施率が上昇する。 （指標：居宅サービス利用者におけるACP実施率）	
	【I_Outcome①】 施設での死亡率が増加する。 （指標：施設での死亡率）	【I_Outcome②】 人生の最期に受ける医療や介護について、主治医や家族等と話し合い、書面にまとめた人の割合が増加する。 （指標：人生の最期に受ける医療や介護について、主治医や家族等と話し合い、書面にまとめた人の割合）	
社会変化	人生の最期まで、自分の望む場所や方法で医療や介護を受けられる。		

指 標

施設における死亡率 75.6%
 人生最期の時期に望む療養場所や医療について、
 誰かと話し合いをしている人の割合 36.7%
 話し合いの結果を紙などに記載した人の割合 1.2%

Ipt① 年間業務委託料：500 千円

Ipt② 担当職員 1名

Ipt③ 担当職員 1名

No.	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Act① (回)	0	0	1	1	1	1
Act② (世帯)	0	0	0	1	1	1
Act③ (事業所)	0	0	0	4	4	4
Opt① (%)	0	0	75	80	90	100
Opt② (件)	0	0	0	10	20	30
Opt③ (%)	0	0	0	10	20	30
S_O① (%)	1	2	1	5	10	15
S_O② (%)	0	0	0	5	10	15
I_O① (%)			75.6			80.0
I_O② (%)		1.2			5.0	

「投入」へ循環する資源
 無し

参 考

この施策は、自宅や、入所先の施設といった（住み慣れた場所）をはじめ、本人が望む場所や仕方で最期を迎えるために重要な要素となる「意思確認」に着目するものです。

自らの望む場所や仕方で最期を迎えるためには、どのような時期に、どのような介護や医療を受けるかといった問題が密接に関係しています。

運営推進会議等における施設担当者との対話や、医療関係者からの聞き取りと、各種アンケート調査の結果等から確認できる事実として、看取りを難しくする要素の一つに、本人や家族の意思確認が困難な場合が挙げられます。

本人の意思確認が困難な状態であっても、事前に本人の意思が記載された書面等があれば、主治医や家族、施設関係者等が看取りの対応を進めることが円滑にできることが期待できます。

※1 ACP (Advance Care Planning)

将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援する取り組みのことです。

4-1

移動手段の確保

課題仮説

【現状】

運転免許返納後、交通手段を持たない高齢者が多く、外出機会が減少している。
また、主に要支援1, 2に該当する高齢者の介護者が不安を感じる介護として、「外出の付き添い、送迎」が主なものとなっている。

【課題】

運転免許返納後、又は主に運転を担っていた家族の死亡等により、交通手段を失う高齢者が、外出機会を減少させてしまう環境にある。

【真因】

地域で利用できる移動手段が限られている、または、全くない地域が多く、多様な外出のニーズ（時間や乗合場所等）に対応できる公共交通機関が乏しい。

投入

【Input①】

公共交通機関

【Input②】

地域包括支援センター

取組

【Activity①】※1

コミュニティバスの運行ルートとダイアグラムを見直すと同時に、予約型乗合タクシーを導入し、個々のニーズに細かく対応できる外出手段を提供することで、公共交通未整備地域の縮小を図る。
(指標：公共交通未整備地域の人口割合)

【Activity②】

御船町地域支え合い型移動サービス※2運転者講習を実施する。
(指標：開催回数)

取組結果

【Output①】

コミュニティバスの利用機会が増加する。
(指標：コミュニティバスの停留所数)

【Output②】

予約型乗合タクシーの利用機会が増加する。
(指標：予約型乗合タクシーの稼働台数)

【Output③】

地域支え合い型移動サービス運転者が養成される。
(指標：養成者数)

結果がもたらす変化

初期

【S_Outcome①】

コミュニティバスを利用できる範囲が広がることで、利用者が増加する。
(指標：コミュニティバスの年間利用者数)

【S_Outcome②】

利用時間のニーズに応えることで、予約型乗合タクシーの利用者が増加する。
(指標：予約型乗合タクシーの年間利用者数)

【S_Outcome③】

地域支え合い型移動サービスの活用が進む。
(指標：年間利用者数)

中間

【I_Outcome①】

要支援1, 2の者の外出の付き添い・送迎等について、介護者の介護不安が解消される。
(指標：要支援1, 2の者の介護者が不安を感じる介護>外出の付き添い・送迎等の割合)

【I_Outcome②】

交通手段の選択肢が増えることで、各自のニーズに合った外出の機会が提供される。
(指標：外出する時に利用している交通手段のうち、バス・タクシーが占める割合)

【I_Outcome③】

交通手段の獲得により、外出の機会が増える。(指標：週1回以上外出する人の割合)

社会変化

多様な移動手段が確保されることで、自由に外出でき、在宅での介護不安も解消される。

指 標

参 考

【運転免許証の保有状況】

年代別では、80代で約4割、90代以上で約1割が運転免許証を保有しており、そのうち2割弱の方は「できれば運転を控えたい又は免許返納したい」と考えています。

－御船町地域公共交通計画 5.2 日常移動の実態より

要支援1, 2の方の「介護者が不安に感じる介護」のうち、「外出の付き添い、送迎」が占める割合：30.8% (n=39)

－令和5年 在宅介護実態調査集計結果より

Ipt① 公共交通機関

Ipt② 1名

No.	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Act① (%)	24	24	24	24	6	6
Act② (回)	0	1	0	1	1	1
Opt① (箇所)	45	45	45	45	70	70
Opt② (台)					4	4
Opt③ (人)	0	11	0	5	5	5
S_O① (人)	9,603	10,910	10,123	10,482	10,841	11,200
S_O② (人)					7,000	7,000
S_O③ (人)				10	10	10
I_O① (%)			30.8		29.9	
I_O② (%)		14.0			20.0	
I_O③ (%)		92.6			95.0	

「投入」～循環する資源
無し

※1

関連計画である、「御船町地域公共交通計画（令和4年6月）」との連携によるものです。

当該計画において、本計画は「関連計画」として位置付けられており、整合性を図りつつ、連携する対象とされています。

（参考：御船町地域公共交通計画 p.1、13～15）

※2 御船町地域支え合い型移動サービス

公共交通による移動の対応が難しい場合に、地域の住民中心の団体（自治会、NPO 団体等）が主体となって住民同士の支え合いで外出を支援するための無償（車での送迎による対価をもらわない）の送迎サービスを指します。

4-2

高齢者の見守り

課題仮説	【現状】 町全体で、うつ病のリスクを抱える高齢者が全体の約3割に上っている。	【課題】 精神的、社会的健康が阻害されている高齢者が多くいる。	【真因】 単身世帯が増加していることに加え、親族が遠方で生活しているために、日常的な見守りや支援が難しいために他者との接触が絶たれ、社会的に孤立してしまう。	
	投入	【Input①】 生活支援コーディネーター	【Input②】 地域包括支援センター	【Input③】 社会福祉協議会
取組	【Activity①】★ 第1層及び第2層協議体※ ¹ における活動を活性化する。 (指標：会議の開催回数)	【Activity②】★ 生活支援コーディネーター※ ² に関する生活支援体制整備事業の会議を開催する。 (指標：会議の開催回数)	【Activity③】 自立支援型の地域ケア会議を開催し、困難事例を多職種で検討する。 (指標：自立支援型の地域ケア会議開催回数)	【Activity④】 見守りネットワーク連絡会※ ³ に参加し、地域の現状や見守りの必要性について、関係者間で認識を共有する。 (指標：会議の開催回数)
	取組結果	【Output①】 生活支援コーディネーターを中心として、地域で孤立している個人への支援策や新たな地域資源の発掘等について検討が進む。 (指標：会議の参加者数)	【Output②】 生活支援コーディネーターを中心とした関係者間で、生活支援体制整備に関する方向性が共有される。 (指標：会議の参加者数)	【Output③】 個別のケース検討により、地域資源の不足等の地域課題について検討する機会が提供される。 (指標：会議でケース検討した数)
結果がもたらす変化	初期	【S_Outcome①】 地域資源の開発等が進む。 (指標：開発された通いの場※ ⁴ の件数等)		【S_Outcome②】 見守りネットワークの構築が進む。 (指標：見守りネットワーク数)
	中間	【I_Outcome①】 社会との関係が回復されることで、情緒的な支援が提供される。 (指標：「情緒的サポートをくれる相手がいる者」の割合)		
社会変化	一人暮らしでも孤立することなく、 地域の見守りやサポートを受けることで安心できる。			

指 標

2022年実施の「健康とくらしの調査」によれば、本町におけるうつリスク高齢者の割合が29.9%（全国平均41.5%）となっている。
※見える化システムより

Ipt① 2名
Ipt② 1名
Ipt③ 2名

No.	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Act① (回)	5	2	2	2	2	2
Act② (回)	12	12	12	12	12	12
Act③ (件)	11	8	9	10	10	10
Act④ (人)	24	26	21	30	30	30
Opt① (人)	91	69	85	80	80	80
Opt② (人)	54	55	67	60	60	60
Opt③ (人)	21	15	17	20	20	20
Opt④ (件)	365	382	339	350	350	350
S_O① (件)	0	4	3	3	3	3
S_O② (箇所)	53	56	56	58	59	60
I_O① (%)		93.8			95.0	
I_O② (%)		93.6			95.0	

「投入」～循環する資源
無し

参 考

他に継続して取り組む事項

ここに掲載されている他にも、緊急通報システムによる見守りを継続

※1 第1層協議体・第2層協議体

町全域（第1層）及び日常生活圏域（第2層）に配置される協議体のこと。

町が主体となって、生活支援コーディネーターと生活支援等サービスの多様な提供主体等が参画する定期的な情報の共有・連携強化の場を設置することにより、生活支援コーディネーターを補完し、多様な主体間の情報共有及び連携・協働による体制整備を推進することを目的とする。

※2 生活支援コーディネーター

高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進していくため、町が定める活動区域ごとに、以下のaからcまでの内容を踏まえ、多様な主体による多様な取組のコーディネート業務を実施することにより、地域における一体的な生活支援等サービスの提供体制の整備を推進する者

a 資源開発：サービスの担い手の養成、高齢者等が担い手として活動する場の確保等就労、交流・参加、学びの機会を生み出し、多様な地域活動が生まれやすい環境整備を行います。

b ネットワーク機能：関係者間の情報共有、サービス提供主体間の連携の体制づくり等を行います。

c ニーズと取組のマッチング：地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動のマッチング等を行います。

上記のa～cの機能を重層的体制整備事業と一体的に取り組めます。

※3 見守りネットワーク連絡会

見守り活動を展開する地区住民の情報交換の場として、緊急時・平常時を含め問題の早期発見・早期解決に向けた関係機関への連絡と、福祉課題の解決に取り組む体制づくりに努め、地区の福祉推進を担うものである。

メンバーは、近隣住民の囑託員、隣保組長、地区役員、民生委員・児童委員、福祉協力員、老人クラブ・シルバーヘルパー、婦人会、消防団、介護予防・生活支援サポーター、健康づくり地区推進員、子ども会等で構成。

※4 通いの場（厚生労働省、2019）

<一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会 取りまとめでの定義>

○行政が介護保険による財政的支援を行っているものに限らず、下記のような取り組みも通いの場に含まれ得るものとし明確化を図ることが適当

- ・自治体の介護保険の担当以外の部局が行う、スポーツや生涯学習に関する取組、公園や農園を活用した取組など介護予防につながる取組

- ・民間企業・団体や社会福祉協議会など多様な主体と連携した取組

- ・医療機関や介護保険施設等が自主的に行う取組

- ・有償ボランティアなどいわゆる就労に類する取組

- ・高齢者だけではなく、多世代が交流する取組

5-1

介護給付の適正化

課題仮説

<p>【現状】 介護予防事業の効果により 重度化防止が図られているもの の、給付費^{※1}が高騰している。</p>	<p>【課題】 サービス利用のための個々の ケアプランについて、保険者 としてのチェック機能が充分で ない。</p>	<p>【真因】 利用者本人へのアセスメント が充分であるか、リハビリテ ーションの専門的所見がどの 程度反映されているか等、保 険者の専門的知見が乏しく、 支援計画に対する個別の助言 等に至っていない。</p>
---	---	--

投入

<p>【Input①】 リハビリテーション専門職</p>	<p>【Input②】 ケアマネジメントに関する専門 的知識を有する者</p>	<p>【Input③】 介護保険係</p>
---	--	----------------------------------

取組

<p>【Activity①】 住宅改修や特定福祉用具購 入の際、リハビリテーション 専門職が確認する体制^{※2}を 構築する。 (指標：点検実施率)</p>	<p>【Activity②】 福祉用具貸与対象者について リハビリテーション専門職 による点検を実施する。 (指標：点検件数)</p>	<p>【Activity③】 専門職によるケアプラン点 検を行い、担当のケアマネ ジャーに助言・指導を行う。 (指標：点検件数)</p>	<p>【Activity④】 ケアプラン点検に係る研修 会へ保険者職員が参加する。 (指標：参加回数)</p>
--	--	---	--

取組結果

<p>【Output①】 住宅改修や特定福祉用具の 購入について、より適正な 方法となるよう調整される。 (指標：見直し件数)</p>	<p>【Output②】 福祉用具貸与実績について、 より適正な利用となるよう 調整される。 (指標：見直し件数)</p>	<p>【Output③】 点検の結果、支援計画の改 善が見込まれる内容等につ いては、改善点等について 助言・指導等を目的とした ヒアリングを行う。 (指標：助言・指導件数)</p>	<p>【Output④】 研修の受講により、保険者 職員のケアプラン点検に関 するノウハウが向上し、集 団指導の際、事業所へ点検 に関する視点を共有するこ とができる。 (指標：集団指導の実施 回数)</p>
--	--	--	---

結果がもたらす変化

初期

【S_Outcome①】
適正な支援計画に見直されることで、必要以上の給付が抑制される。
(指標：住宅改修費、特定福祉用具購入費、福祉用具貸与費の給付実績額減少率)

【S_Outcome②】
適正な支援計画に見直されることで、本人の状態や目標に沿った支援が提供される。
(指標：要介護認定区分悪化、改善割合)

中間

【I_Outcome①】
本人の状態や目標に沿った支援が提供されることで、効果的な自立支援・重度化防止が図られる。
(指標：要支援・要介護度維持改善率)

社会変化

適正かつ効果的な自立支援が提供される。

指 標

要支援・要介護度維持改善率

令和3年度 15%

令和4年度 11%

令和5年度 11% (見込み値)

Ipt① 1名

Ipt② 2名

Ipt③ 3名

No.	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Act① (%)	100	100	100	100	100	100
Act② (件)			320	300	300	300
Act③ (件)	19	11	9	15	15	15
Act④ (回)			1	1	1	1
Opt① (件)	100	94	92	80	75	70
Opt② (件)			6	10	10	10
Opt③ (件)	19	11	9	15	15	15
Opt④ (回)				1	1	1
S_O① (%)	21	8	2	2	2	2
S_O② (%)	20	13	13	15	20	25
I_O① (%)	15	11	11	13	16	20

「投入」へ循環する資源
削減された介護給付費

参 考

※1 給付費

介護サービスを利用した場合、原則として利用料の1割(2割又は3割)の金額を自己負担します。自己負担以外の利用料は、介護保険から支払われており、この費用のことを介護給付費と言います。

※2 リハビリテーション専門職が確認する体制

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等が「住宅改修及び福祉用具購入・貸与」の申請内容等に関する調査、住宅改修等の給付内容の評価、改修内容についての助言・指導等を行うことです。

在宅介護負担の軽減

課題仮設	【現状】 訪問介護における身体介護 ^{*1} に携わる人材への業務負担が大きく、今後の人材確保が困難になると予想される。	【課題】 訪問介護における身体介護のサービス提供需要に対する介護人材が不足している。	【真因】 家族介護者の介護不安（特に排泄介助）が高く、訪問介護の利用につながるケースがある。 また、居宅介護支援事業所における総合事業についての情報不足により、利用に結びつかないケースがある。	
	【Input①】 介護の専門的知識を有する者	【Input②】 介護保険係	【Input③】 地域包括支援センター	
取組	【Activity①】 在宅で家族等を介護している者のうち、希望者に対し、在宅介護に関する講習会を開催する。 (指標：講習会の開催時間数)	【Activity②】 居宅介護支援事業所に対して、訪問型サービスB ^{*2} について再度周知し、介護保険サービスから総合事業の利用への移行が可能と見込まれる介護報酬単位数について調査を実施する。 (指標：周知及び調査実施件数)	【Activity③】 訪問型サービスBの担い手となる「たすくろメイト」の養成を行う。 (指標：養成講座の開催回数)	【Activity④】 現任の「たすくろメイト」に対して現任研修を実施する。 (指標：研修会の開催数)
	【Output①】 在宅での介護負担や不安のある方が介護に必要な技術を習得し、介護不安を解消する。 (指標：講習会の参加者数)	【Output②】 居宅介護支援事業所において、総合事業利用についてのイメージが共有され、活用についての検討が進む。 (指標：調査において、移行が可能と見込まれた介護報酬単位数)	【Output③】 訪問型サービスBの担い手となる「たすくろメイト」が増員される。 (指標：たすくろメイトの養成者数)	【Output④】 訪問型サービスBの実働にあたって、必要となる情報が関係者間で共有される。 (指標：研修会の参加者数)
結果がもたらす変化	初期 【S_Outcome①】 介護給付費全体に占める身体介護の割合が減少する。 (指標：介護給付費全体に占める身体介護の割合)	【S_Outcome②】 予防給付・総合事業における訪問介護のうち、総合事業の給付割合が増加する。 (指標：予防給付・総合事業における訪問介護のうち、総合事業の給付割合)	【S_Outcome③】 訪問型サービスBの活動が拡充され、より多くのニーズに応えられる体制が整う。 (指標：訪問型サービスBの利用者数)	
	中間 【I_Outcome①】 家族介護者の昼夜の排泄介助に係る不安が軽減される。 (指標：在宅介護実態調査>介護者が不安に感じる介護>「排泄」の割合)	【I_Outcome②】 訪問介護の提供時間数が減少する。 (指標：居宅介護サービス利用者1人あたりの訪問介護提供時間/月)		
社会変化	介護者の不安が解消され、介護負担が分散することで、既存人材をより有効に活用し、人材不足を解消する。			

指標

要介護3以上の方の介護者が不安に感じる介護
 日中の排泄が占める割合 40%
 夜間の排泄が占める割合 45%
 -令和5年 在宅介護実態調査集計結果より

Ipt① 2名
 Ipt② 1名
 Ipt③ 1名

No.	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Act① (時間)	/	/	/	21	21	21
Act② (件)	/	/	/	0	1	0
Act③ (回)	1	2	1	1	1	1
Act④ (回)	1	1	1	1	1	1
Opt① (人)	/	/	/	10	10	10
Opt② (点)	/	/	/	50,000	50,000	50,000
Opt③ (人)	3	9	5	5	5	5
Opt④ (人)	9	6	7	10	10	10
S_O① (%)	50.6	54.7	54.7	50	48	45
S_O② (%)	12	15	11	15	18	20
S_O③ (人)	13	13	12	15	15	15
I_O① (%)	/	/	4.85	/	4.5	/
I_O② (時間)	/	/	40	/	35	/

「投入」へ循環する資源
 無し

参考

※1 身体介護

基本的な生活にかかわる食事や入浴、排泄、更衣などの介助や移動時の支援などです。

※2 訪問型サービスB

(御船町生活たすくるサービス事業)

家の中の掃除(整理整頓)や生活必需品の買い物、季節物の準備などのお手伝いサービスです。養成講座を受けた「たすくるメイト」が自宅を訪問します。