

山江村
第9期高齢者福祉計画及び
介護保険事業計画
令和6年度～令和8年度



誰もが住み慣れた地域で心身健康に暮らせる たっしゅかむら 山江

～健やかな暮らし 倅せな笑顔～

令和6年3月

山江村

ごあいさつ

村民の皆様には、日頃から山江村の高齢者福祉施策及び介護保険事業の推進に御理解と御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

全国的に少子高齢化が進行する中で、本村の総人口は減少を続けており、これまで増加から横ばいに推移してきた高齢者人口も、今後は減少していく局面に入っております。一方で、団塊の世代の方々の75歳以上の後期高齢者グループへの移行に伴い、介護サービスの需要及び要介護認定者数の増加が懸念されます。



本計画は、第6期計画より取り組んできた本村の特徴を活かした「地域包括ケアシステム」をより深化・推進するための計画と位置付けており、前期計画を継承した基本理念である「誰もが住み慣れた地域で心身健康に暮らせるたっしゃかむら山江」の実現、「健やかな暮らし、幸せな笑顔」の創出を村の目指す姿として各施策を推進してまいります。

この中では、高齢者の多様な課題に対応し、きめ細やかな支援を実施するため、高齢者の保健事業と介護予防事業を一体的に実施し、フレイル予防の普及・促進を図り、自立支援、重度化防止のための施策を推進していくほか、これまで取り組んできた認知症施策や在宅医療・介護連携のさらなる推進、既存の相談支援や地域づくり支援の取り組みを活かした地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築にも取り組んでまいります。

また、今後の円滑な介護保険事業運営に資する方策を定めるとともに、今後3年間に必要な介護サービス量等を見込み、介護保険料の設定を行っております。今後も、皆様の一層の御理解と御協力を賜りますようお願い申し上げます。

結びに、本計画の策定にあたり、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査及び在宅介護実態調査に御協力をいただいた高齢者の皆様並びに多くの貴重な御意見・御助言をいただきました村民の皆様をはじめ、大変熱心にさまざまな視点から御論議いただきました山江村高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会の委員の皆様にご心から感謝を申し上げます。

令和6年3月

山江村長 内山 慶治

目次

総論

第1章 計画策定にあたって	1
第1節 計画策定の背景と趣旨	1
第2節 国の基本指針を踏まえた計画策定	4
第3節 計画の概要	6
第2章 高齢者を取り巻く現状と課題	9
第1節 人口と高齢者の状況	9
第2節 山江村の高齢者に関する調査の状況	15
第3節 前期計画の評価	23
第3章 基本理念と計画策定の考え方	24
第1節 計画の目指す姿	24
第2節 主要施策の概要	27

各論

第1章 生涯現役社会の実現と健康づくりの推進・介護予防施策の充実	34
第1節 高齢者のいきがづくりの推進	34
第2節 高齢者の健康づくりの推進	36
第3節 高齢者の就労による社会参加の推進	37
第4節 介護予防・日常生活支援総合事業の推進	38
第5節 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進	45
第2章 認知症の予防と共生の推進	46
第1節 認知症への理解と普及・啓発の推進	46
第2節 認知症の予防の推進	48
第3節 認知症ケア・医療・介護サービス・介護者への支援の推進	49
第4節 成年後見制度の利用促進と認知症バリアフリーに関する取組の推進	51
第3章 住み慣れた地域で安心して暮らせるための生活環境基盤の整備・医療と介護の連携の推進	56
第1節 地域共生社会の実現に向けた取組の推進	56
第2節 高齢者の安全な住まいと移動手手段の確保	59
第3節 高齢者福祉事業の提供	61
第4節 生活支援サービスの推進と高齢者の見守りネットワークの構築	62
第5節 防災・防犯と感染症対策の推進	64
第6節 在宅医療・介護連携の推進	65
第7節 高齢者虐待の防止	68
第4章 地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保・介護サービスの質の向上	70
第1節 地域包括支援センターの機能強化と事業推進	70
第2節 保険者機能の強化	76
第3節 多様な介護人材の確保・定着や介護サービスの質の確保・向上	79
第5章 介護保険事業量の見込み及び保険料の設定	81
資料編	104

総論

第1章 計画策定にあたって

第1節 計画策定の背景と趣旨

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8期24年が経過しました。その間、年金や医療、介護、障がい福祉といった社会保障給付費は上昇し続け、第9期計画の期間中である令和7年には「団塊の世代」の方が75歳以上となり、介護や医療のニーズがより高まることが予想されています。

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

そのため、国は「介護サービス基盤の計画的な整備」、「地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組」、「地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上」を第9期計画の基本指針のポイントとして、計画への記載の充実を求めています。

さらに、前期計画の期間中は、新型コロナウイルス感染症の流行により、各施策の実施にあたり大きな影響を受けました。感染対策として外出自粛や家族・友人との交流機会の制限などが呼び掛けられたことなどにより、社会的孤立の進行や身体機能の低下などによる、高齢者の要介護リスクの増加が懸念されています。今後も引き続き感染対策には留意しつつ、これらの課題に対応するための介護予防の取り組みを体系的に推進する必要があります。

「山江村第9期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画」では、前期計画の基本理念である「誰もが住み慣れた地域で心身健康に暮らせる たっしゅかむら 山江」を引き継ぎつつ、本村の地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて再編した4つの基本目標のもとに各施策を推進していきます。

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するとともに、高齢者の尊厳を保持した自立支援や重度化防止に取り組みます。

〈介護保険制度の経過〉

計画期間 介護保険料基準月額

第1期 制度開始	平成12年度～平成14年度 全国平均 2,911円 山江村 3,100円
<ul style="list-style-type: none"> ● サービスを原則1割の負担をしながら利用する制度の開始 ● ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイ（在宅3本柱）の利用が増加 	
第2期 制度定着	平成15年度～平成17年度 全国平均 3,293円 山江村 4,500円
<ul style="list-style-type: none"> ● 施設入所の適正化とケアマネジャー等の資質向上、サービスの質の向上、在宅強化 ● 要支援、要介護1の軽度認定者の掘り起こしが進む 	
第3期 制度改正	平成18年度～平成20年度 全国平均 4,090円 山江村 4,500円
<ul style="list-style-type: none"> ● 「量」から「質」、「施設」から「在宅」、そして地域ケアの視点を重視 ● 地域包括支援センターの設置と地域密着型サービスの提供開始 	
第4期 予防の強化と地域福祉との連携	平成21年度～平成23年度 全国平均 4,160円 山江村 4,450円
<ul style="list-style-type: none"> ● 特定高齢者対策や介護予防、健康づくりの推進 ● 介護給付の適正化と事業所に対する制度内容の周知、助言及び指導、監督の適切な実施 	
第5期 地域包括ケアシステムの構築	平成24年度～平成26年度 全国平均 4,972円 山江村 4,900円
<ul style="list-style-type: none"> ● 地域包括ケアシステムの構築に向けた、医療、介護、予防、生活支援、住まいの連携強化 ● 施設・居住系サービスの適正な整備に関する参酌標準（37%枠）の撤廃 	
第6期 在宅医療・介護の連携と包括的支援	平成27年度～平成29年度 全国平均 5,514円 山江村 5,900円
<ul style="list-style-type: none"> ● 2025年までのサービス・保険料水準など中長期的な視野に立った施策の展開 ● 市町村の独自事業に位置付けられた介護予防・日常生活支援総合事業の導入 	
第7期 介護予防・総合事業の開始と権限強化	平成30年度～令和2年度 全国平均 5,869円 山江村 6,300円
<ul style="list-style-type: none"> ● 新しい介護予防・日常生活支援総合事業の本格開始 ● 在宅医療・介護連携の強化や認知症施策の推進と地域ケア推進会議の設置 ● 保険者機能強化推進交付金（インセンティブ）の創設による評価の仕組みと責任の明確化 	
第8期 人材確保と業務効率化、感染症対策	令和3年度～令和5年度 全国平均 6,014円 山江村 6,000円
<ul style="list-style-type: none"> ● 地域共生社会の実現 ● 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化 ● 災害や感染症対策に係る体制整備 ● 地域ケア会議や協議体、地域包括ケア「見える化」システム等、より地域全体で地域マネジメントを進める体制の構築が進む 	

〈保険者に求められる機能の変化〉

第1～2期 介護保険制度の適切な運用

- 多くの保険者が法令に則った適切な運用を行うための体制づくりに注力
- 普遍性の高い制度の基本設計もあり、比較的、標準化された地域の仕組みが構築される

地域包括支援センターの創設
地域密着型サービスの導入

第3期以降 地域マネジメントに向けた体制・制度整備 (保険者の裁量の拡大)

- 地域密着型サービスの導入により、サービス基盤整備における市町村裁量が拡大され、地域マネジメントのツールを獲得
- また地域包括支援センターの設立によって、それぞれの地域独自のマネジメント体制が構築される

地域ケア会議・協議体の導入
地域包括ケア「見える化」システムの本格稼働
保険者機能強化推進交付金の導入

第7期以降 地域マネジメントのための具体的なツールの導入 (評価の仕組みとマネジメント責任の明確化)

- 各地域におけるアウトカムの「見える化」が進む中で、各保険者の成果や結果に対するマネジメント責任が重視される流れになる
- 地域ケア会議や協議体、地域包括ケア「見える化」システム等、より地域全体で地域マネジメントを進める体制の構築が進む
- 各保険者の成果や結果に対するマネジメント責任が、保険者機能強化推進（インセンティブ）交付金に反映される

第2節 国の基本指針を踏まえた計画策定

1. 第9期計画策定の基本指針

国は、第9期介護保険事業計画の基本指針の基本的な考え方を以下のとおり示しています。本計画では、国の基本指針を踏まえつつ、本村の実情に応じた施策を展開します。

(1) 介護サービス基盤の計画的な整備

①地域の実情に応じたサービス基盤の整備

- 中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えて、施設・サービス種別の変更など既存施設・事業所のあり方も含め検討し、地域の実情に応じて介護サービス基盤を計画的に確保していく必要
- 医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加を踏まえ、医療・介護を効率的かつ効果的に提供する体制の確保、医療・介護の連携強化が重要
- 中長期的なサービス需要の見込みをサービス提供事業者を含め、地域の関係者と共有し、サービス基盤の在り方を議論することが重要

②在宅サービスの充実

- 居宅要介護者の在宅生活を支えるための定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの更なる普及
- 居宅要介護者の様々なニーズに柔軟に対応できるよう、複合的な在宅サービスの整備を推進することが重要
- 居宅要介護者を支えるための、訪問リハビリテーション等や介護老人保健施設による在宅療養支援の充実

(2) 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組

①地域共生社会の実現

- 地域包括ケアシステムは地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得るものであり、制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、地域住民や多様な主体による介護予防や日常生活支援の取組を促進する観点から、総合事業の充実を推進
- 地域包括支援センターの業務負担軽減と質の確保、体制整備を図るとともに、重層的支援体制整備事業において属性や世代を問わない包括的な相談支援を担うことも期待
- 認知症に関する正しい知識の普及啓発により、認知症への社会の理解を深めることが重要

②デジタル技術を活用し、介護事業所間、医療・介護間での連携を円滑に進めるための医療・介護情報基盤を整備

③保険者機能の強化

- 給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化

(3) 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上

- 介護人材を確保するため、処遇の改善、人材育成への支援、現場環境の改善による離職防止、外国人材の受入環境整備などの取組を総合的に実施
- 都道府県主導の下で生産性向上に資する様々な支援・施策を総合的に推進。介護の経営の協働化・大規模化により、人材や資源を有効に活用。
- 介護サービス事業者の財務状況等の見える化を推進

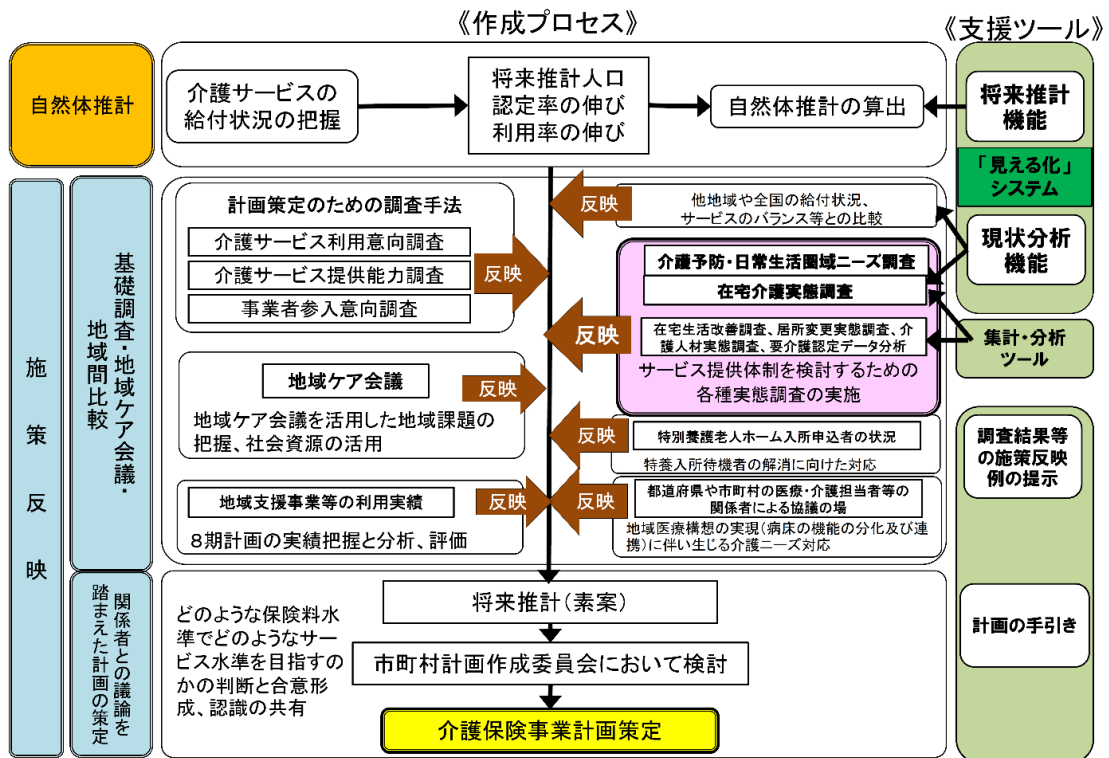
2. 計画策定に向けた地域特性の把握

高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに制度の持続可能性を維持するためには、保険者として地域の課題を分析し、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取り組みを進める必要があります。

そのため、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査や在宅介護実態調査などにおける高齢者の生活実態及びニーズの把握や地域包括ケア「見える化」システムにおける地域間比較による地域特性の把握、地域ケア会議、協議体など地域から課題や特徴を抽出し、さまざまな角度からの視点による地域特性の把握を行います。

同時に、令和 22 年（2040 年）に向けた本村の状況を見据えた地域包括ケアシステムのあり方について検討します。

【第9期介護保険事業計画の作成プロセスと支援ツールイメージ】



※令和 4 年度「第9期介護保険事業計画の作成に向けた各種調査等に関する説明会」より

第3節 計画の概要

1. 計画の法的根拠と位置づけについて

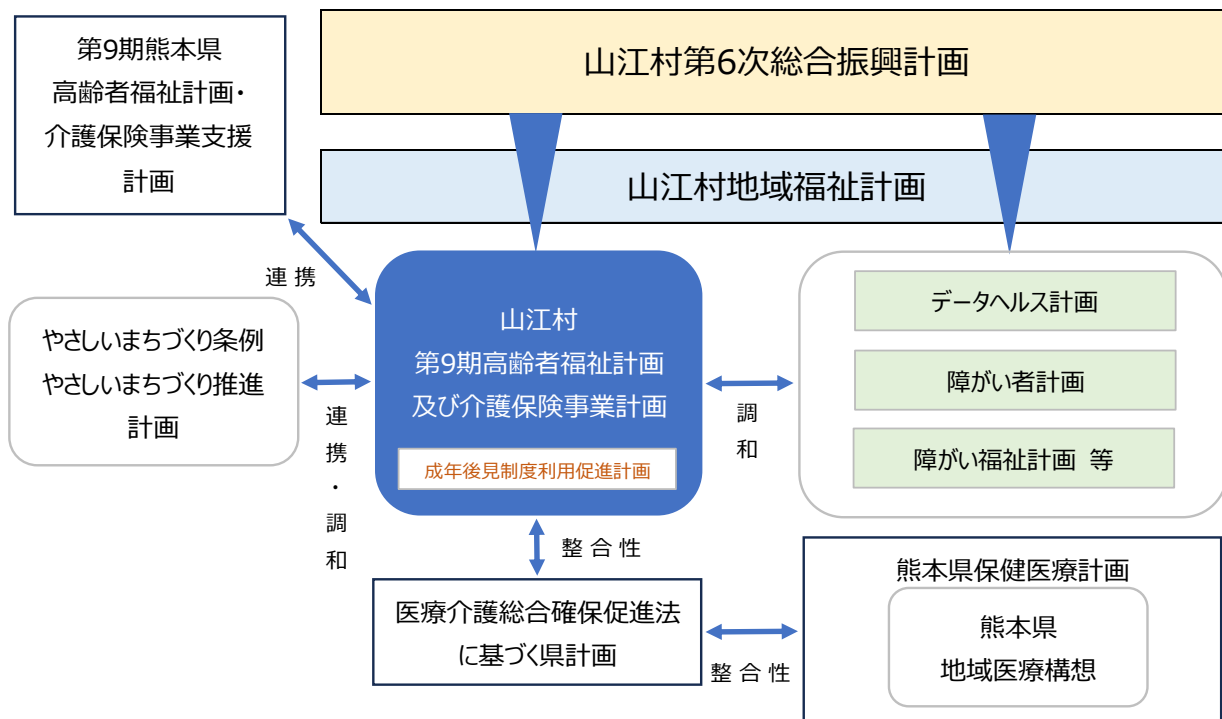
(1) 計画の法的根拠について

本計画のうち、高齢者福祉計画は、老人福祉法第20条の8第1項に定める市町村老人福祉計画及び介護保険法第117条第1項に定める市町村介護保険事業計画として策定するものであり、令和3年3月に策定した第8期高齢者福祉計画・介護保険事業計画の見直しを行ったものとなります。

(2) 計画の位置づけについて

本計画は、本村のむらづくりの行政運営指針の最上位計画である「総合振興計画」、その部門計画である「地域福祉計画」の実施計画として位置づけられます。「総合振興計画」とは、村の将来像や達成する目標などをとりまとめた計画、また「地域福祉計画」とは、各個別計画の基本目標の実現に向けた計画としています。本計画は、主に高齢者に関する施策の方針を掲げ、計画を推進しています。

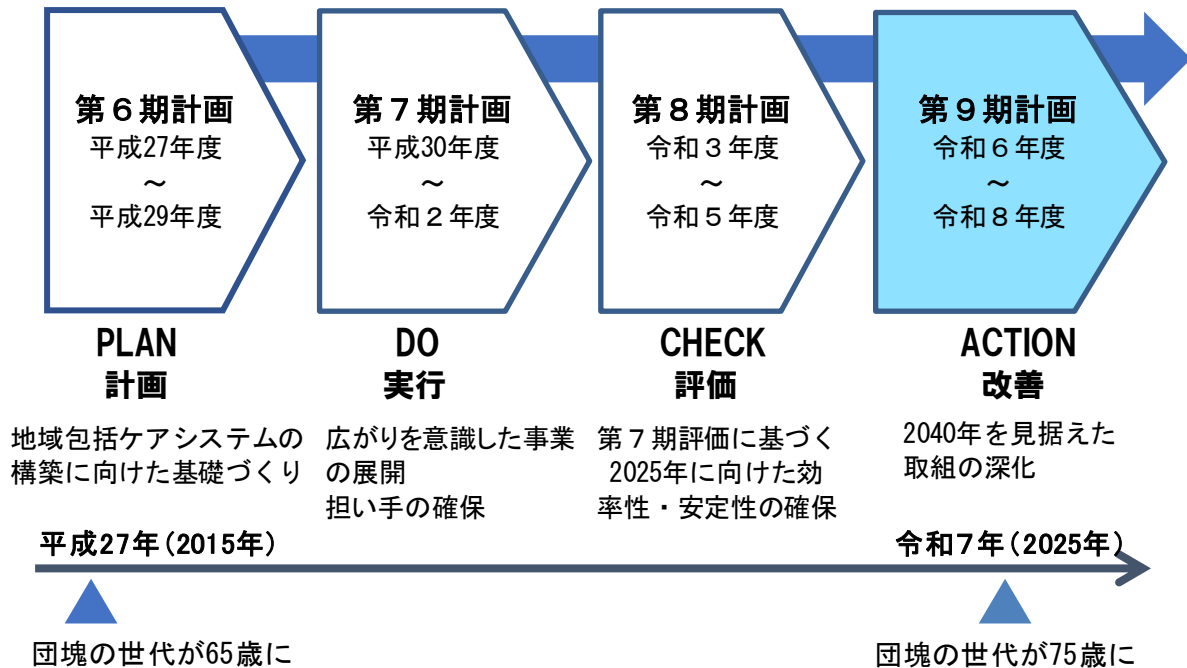
なお、成年後見制度の利用促進に向けた取り組みを推進するため、本計画を「山江村成年後見制度利用促進計画」と位置付けています。



2. 計画の期間

団塊の世代が75歳に到達する令和7年（2025年）を見据え、地域包括ケアを構築していくための10年間の計画という位置づけを持ちつつ、介護保険法第117条第1項の規定に基づく、令和6年度から令和8年度までの3年間の計画期間とします。

また、本村独自の地域包括ケアシステムの構築を目指すための山江村地域包括ケア計画として、第8期計画期間において取り組んできた介護予防のむらづくりをさらに広げていくことを目標とします。



3. 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、身近な生活圏域にさまざま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、本村が定める必要があります。本村においては、これまで村内全域を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、これまでと同様に村内全体を1つの圏域として設定し、地域包括ケアシステムの構築を図っていきます。

4. 住民参画による地域性を活かした計画策定

計画策定にあたり、村の現状や課題、村民の意見などを計画に反映するため、以下のような取り組みを行いました。

(1) 山江村高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会

本計画を検討するため、医療・福祉関係者、被保険者・村民の代表者、地域団体関係者等で構成する山江村高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会を設置し、計画策定に係る協議を行いました。

(2) 庁内関係部署へのヒアリング

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

(3) 介護予防・日常生活圏域二一ズ調査

介護認定を受けていない高齢者と要支援1・2までの認定者の生活実態や意向等を踏まえた計画としていくために、令和5年3月までにアンケート調査を実施しました。

(4) 在宅介護実態調査

在宅で介護を受けている人を対象として、本人の生活実態や家族の介護離職の状況、さらには施設入所の意向等を調査分析するため、令和5年3月までにアンケート調査を実施しました。

(5) パブリックコメント（意見公募）

本計画の素案を、令和6年1月22日～同年2月4日の間、村のホームページへ掲載し、村民から意見や提案を募集する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ご意見はありませんでした。

第2章 高齢者を取り巻く現状と課題

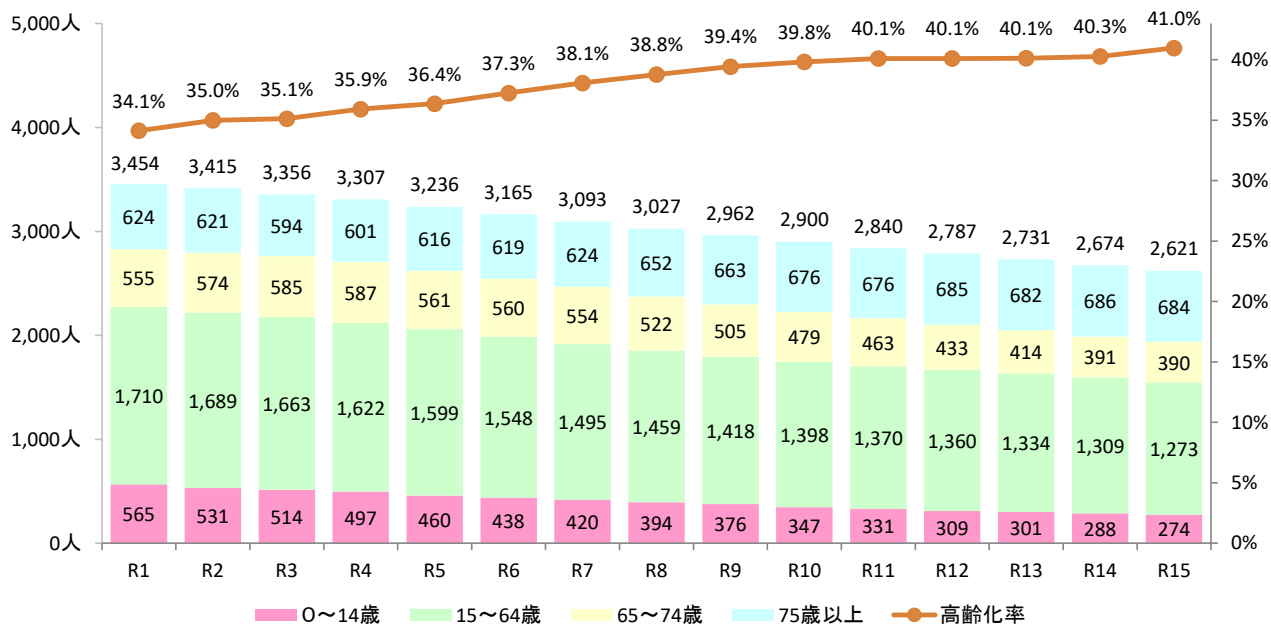
第1節 人口と高齢者の状況

1. 人口の推移と予測

本村の人口は、令和元年の3,454人から令和5年には3,236人となり、218人の減少となっていますが、高齢者（65歳以上）人口は、同期間では横ばいの推移となっています。

今後の将来予測（住民基本台帳を用いたコーホート変化率法による）では、総人口、高齢者人口ともに減少していく予測ですが、75歳以上の人口については増加が見込まれており、65歳から74歳のグループと75歳から84歳のグループの人数が、令和11年には逆転する予測となっています。

【総人口と高齢化率の推移と予測】



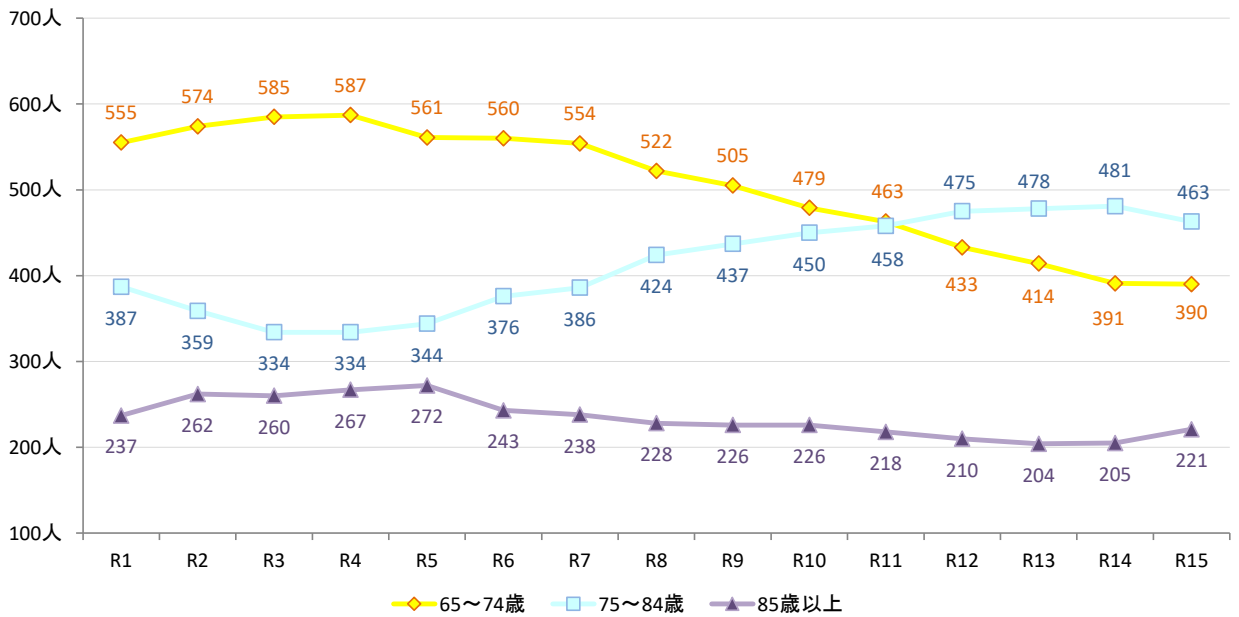
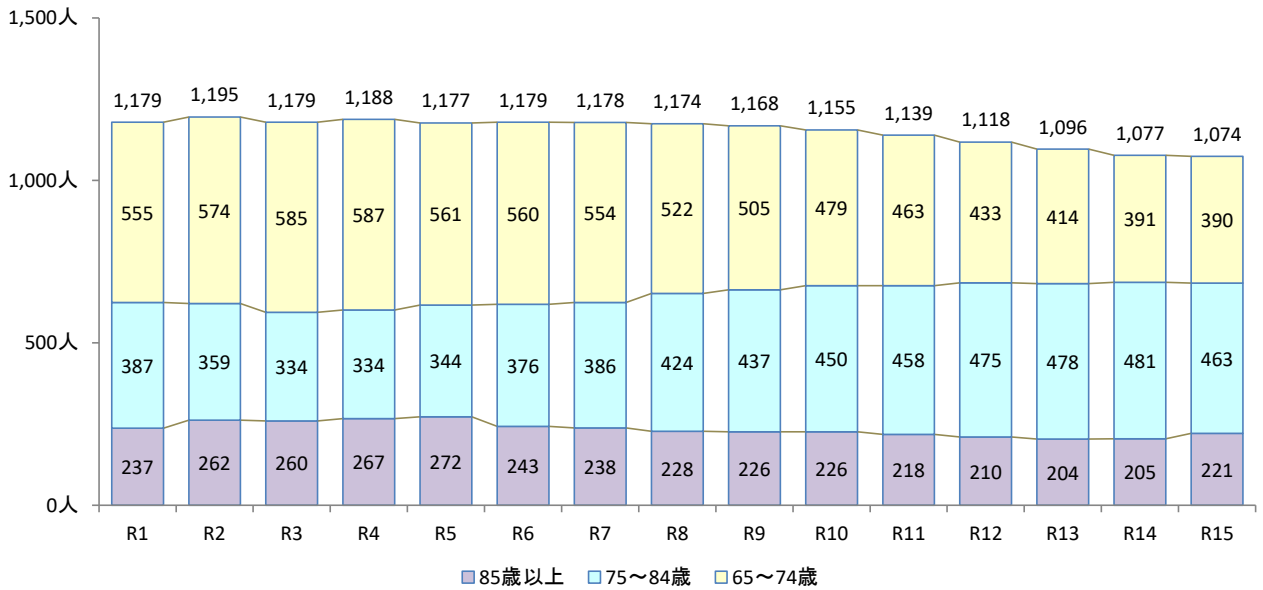
令和元年～令和5年：各年10月住民基本台帳、令和6年以降：コーホート変化率法による推計

将来推計手法：コーホート変化率法

本計画では、住民基本台帳人口を基にしたコーホート変化率法を用いています。

国勢調査を基にした人口推計より、介護保険事業の基礎となる被保険者数を、より実数に近い形で推計できる手法であることから、直近の住基人口を使用しコーホート変化率法を用いました。そのため、人口ビジョンや他計画とは異なる推計となっています。

【高齢者人口の推移と予測】



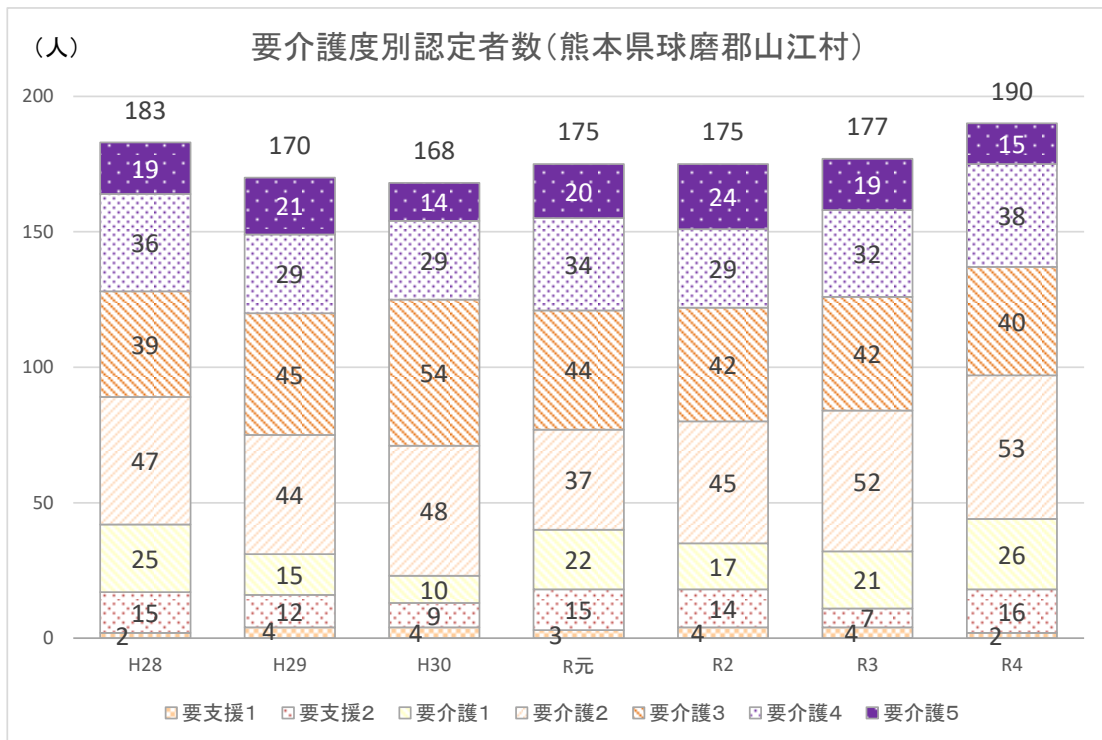
令和元年～令和5年：各年10月住民基本台帳、令和6年以降：コーホート変化率法による推計

2. 認定者数と認定率の推移

要介護（要支援）認定者数は、平成 28 年度から令和 3 年度にかけて横ばいに近い人数で推移していましたが、令和 4 年度は増加がみられています。

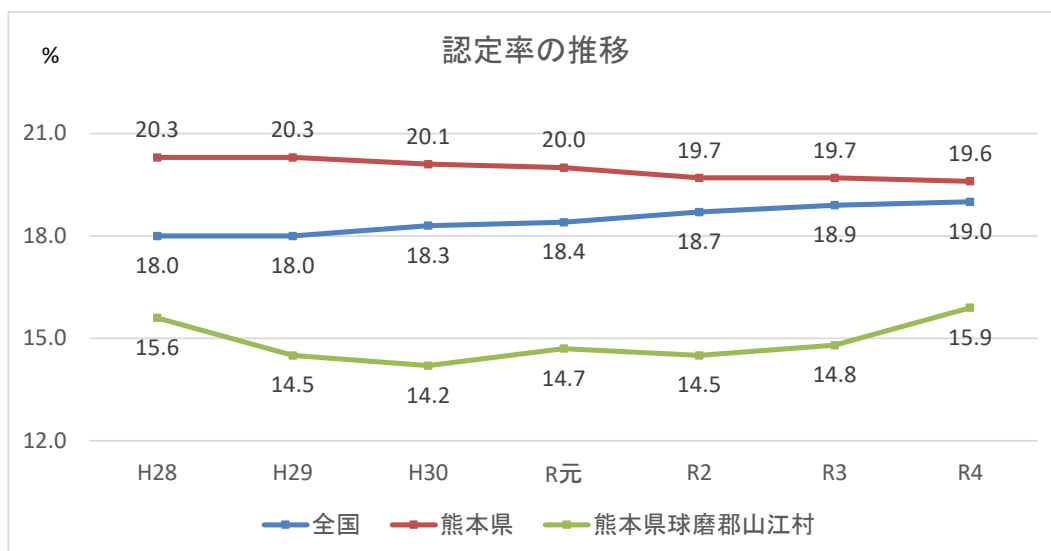
要介護（要支援）認定率も同様に、令和 4 年度での上昇がみられていますが、国・県と比較すると低い認定率となっています。

【要介護（要支援）認定者数の推移】



厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報・月報）」より

【要介護（要支援）認定率の推移（国・県との比較）】



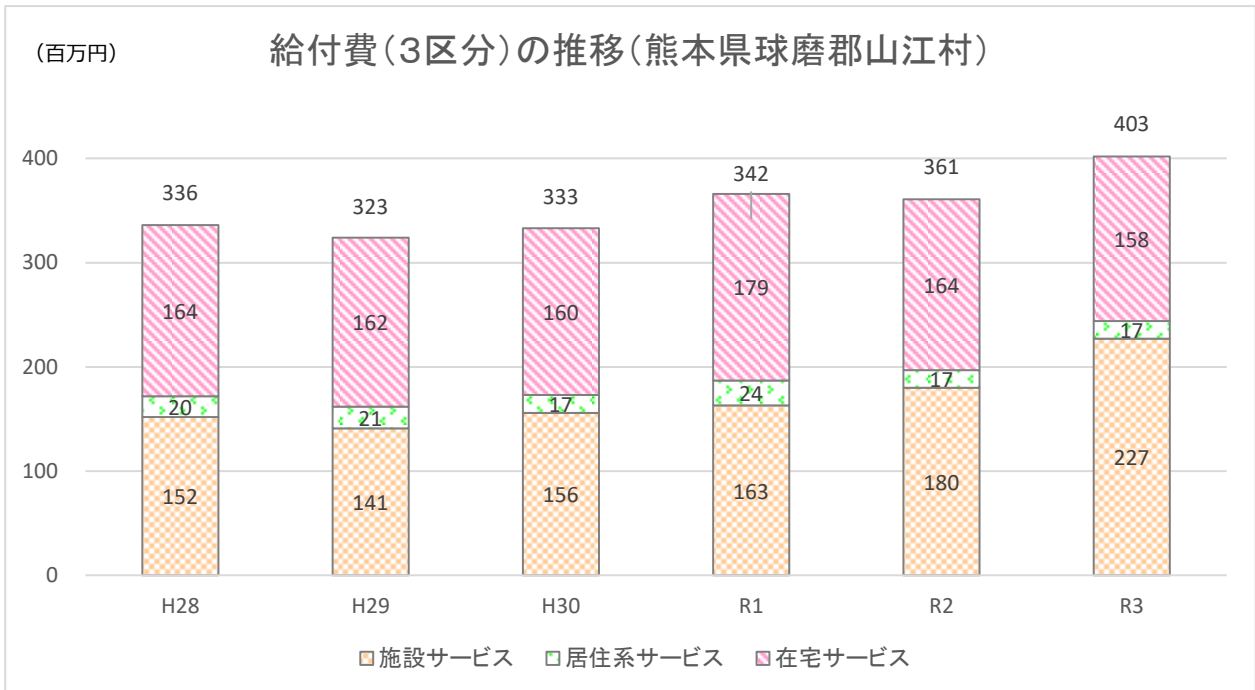
厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報・月報）」より

3. 介護給付費の推移

総給付費は、平成 29 年度の約 3.2 億円から、以降毎年度増加が続いており、令和 3 年度には約 4 億円となっています。サービス区別にみると、近年は特に施設サービスの伸びが顕著になっています。

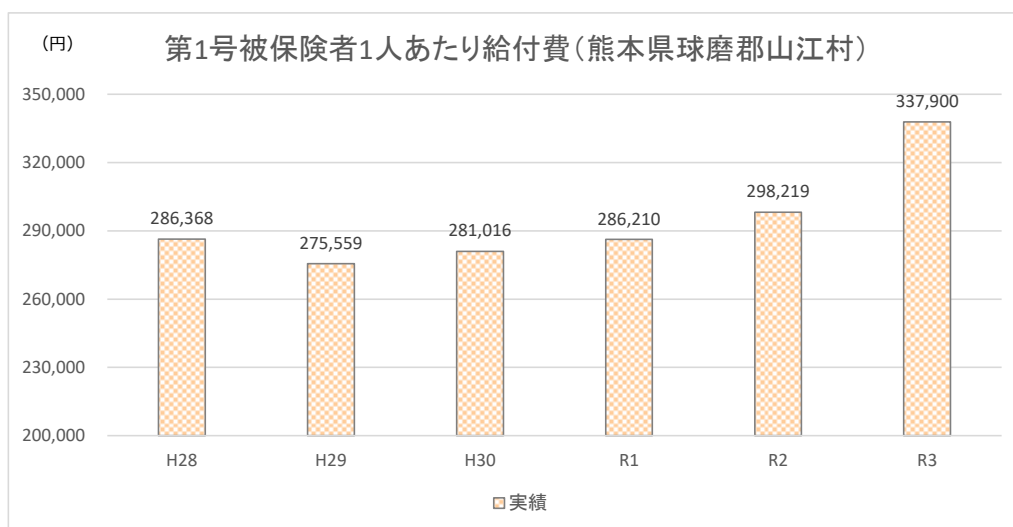
第 1 号被保険者 1 人あたり給付費も同様に、平成 30 年度以降は増加が続いており、特に令和 2 年度から令和 3 年度にかけて大きな増加がみられています。

【給付費（総給付費とサービス区分別）の推移】



地域包括ケア「見える化」システムより

【第 1 号被保険者 1 人あたり給付費の推移】



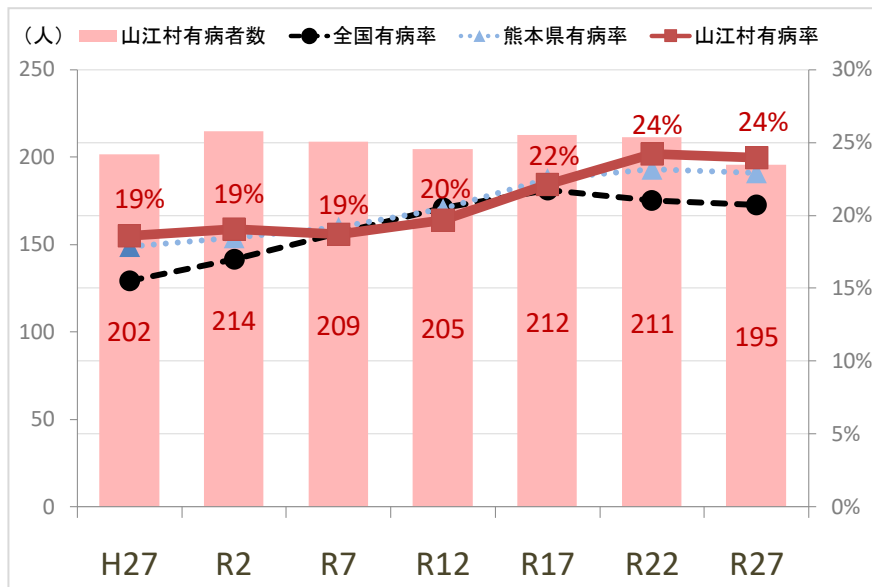
地域包括ケア「見える化」システムより

4. 認知症高齢者に関する予測

本村の認知症高齢者は、平成の27年の202人（有病率19%）から、令和22年には211人（有病率24%）まで増加することが予測されています。

今後も、認知症の予防と共生に関する取り組みを推進していく必要があります。

【認知症有病者数・有病率の予測】



なお、認知症高齢者人口の将来推計については、厚生労働省科学研究費補助金平成26年度総括・分担研究「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」報告書を参考として、長期の縦断的な認知症の有病率調査を行った「久山町研究データ」から数学モデルにより算出された平成24年の性・年齢階級別認知症有病率を基に算出しています。

5. 高齢者世帯の推移

国勢調査によると、本村の高齢者を含む世帯は増加傾向にあり、令和2年には総世帯に占める高齢者を含む世帯の割合は65.3%となっています。また、その内訳をみると、高齢独居世帯の増加が顕著となっており、一人暮らしの高齢者を支えるための取り組みがより一層重要となります。

【総世帯と高齢者を含む世帯の推移】

	平成22年		平成27年		令和2年	
	世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合
総世帯（一般世帯）	1,162	100.0%	1,147	100.0%	1,129	100.0%
高齢者を含む世帯	684	58.9%	692	60.3%	737	65.3%
高齢独居世帯	103	15.1%	121	17.5%	175	23.7%
高齢夫婦世帯	127	18.6%	133	19.2%	138	18.7%
その他世帯	454	66.4%	438	63.3%	424	57.5%

総務省「国勢調査」



第2節 山江村の高齢者に関する調査の状況

1. 介護予防・日常生活圏域二一ズ調査の概要

(1) 調査の目的

本計画の見直しにあたり、既存のデータでは把握困難な高齢者の実態や意識・意向を調査分析し、計画策定の基礎資料とするため介護予防・日常生活圏域二一ズ調査を実施しました。

(2) 調査対象及び配布・回収の状況

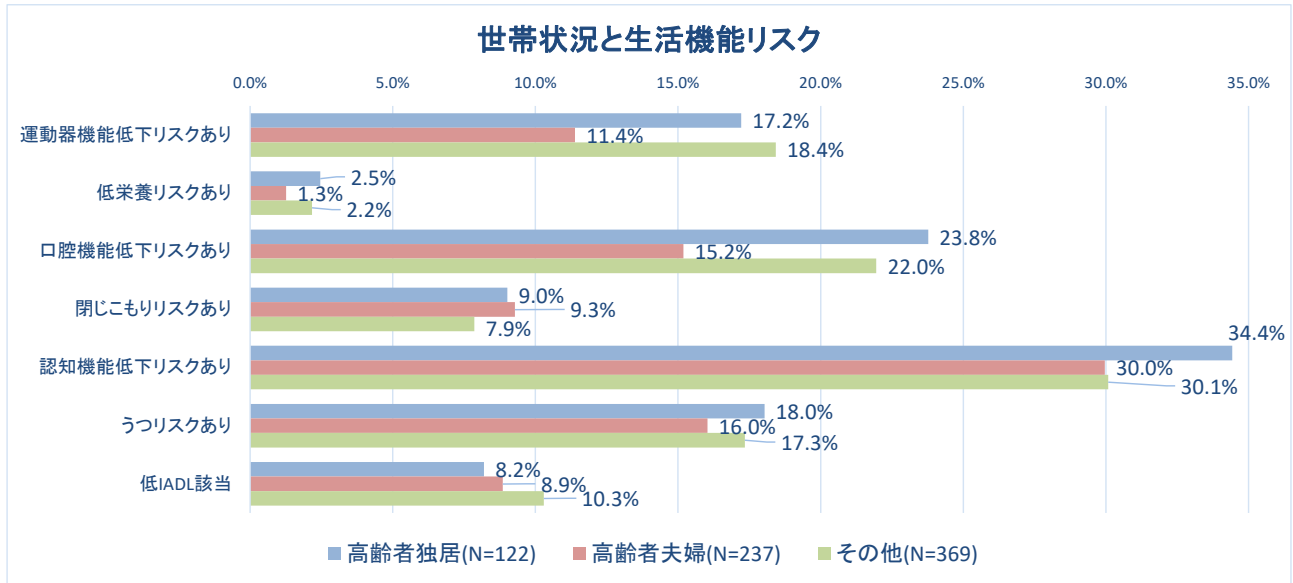
	介護予防・日常生活圏域 二一ズ調査
配布方法 回収方法	郵送による配布・回収
抽出方法	65歳以上の要介護認定を受けていない人 要支援1・2認定者 総合事業対象者
配布数	1,023件
有効回答数	728件
有効回答率	71.2%

(3) 調査結果の概要

① 世帯状況と生活機能リスクの該当状況

高齢者独居世帯、高齢者夫婦世帯、その他の世帯のそれぞれで、生活機能に関する各種のリスクの該当状況を比較すると、低栄養リスク、口腔機能低下リスク、認知機能低下リスク、うつリスクにおいて、高齢者独居世帯のリスク該当の割合が最も高くなっています。

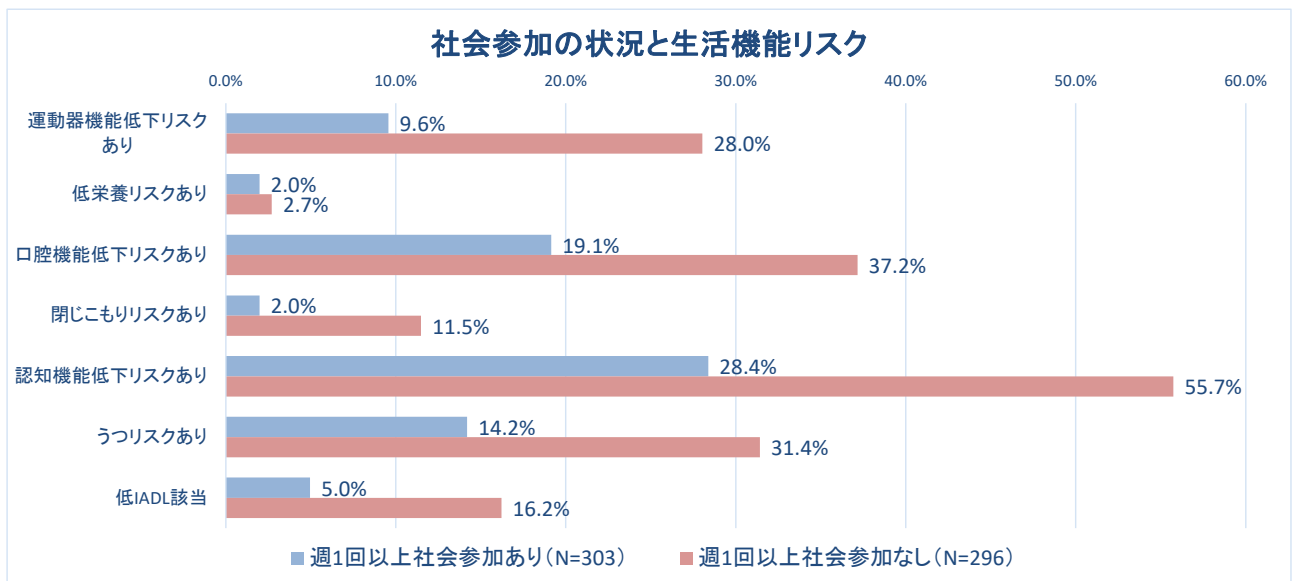
ひとり暮らしの高齢者の生活機能リスクの維持・改善が今後特に重要な取り組みであると考えられます。



② 社会参加の状況と生活機能リスクの該当状況

週1回以上の社会参加がある高齢者と、週1回以上の社会参加がない高齢者のそれぞれで、生活機能に関する各種のリスクの該当状況を比較すると、全ての生活機能リスクにおいて、週1回以上の社会参加がある高齢者の方が該当の割合が低くなっています。

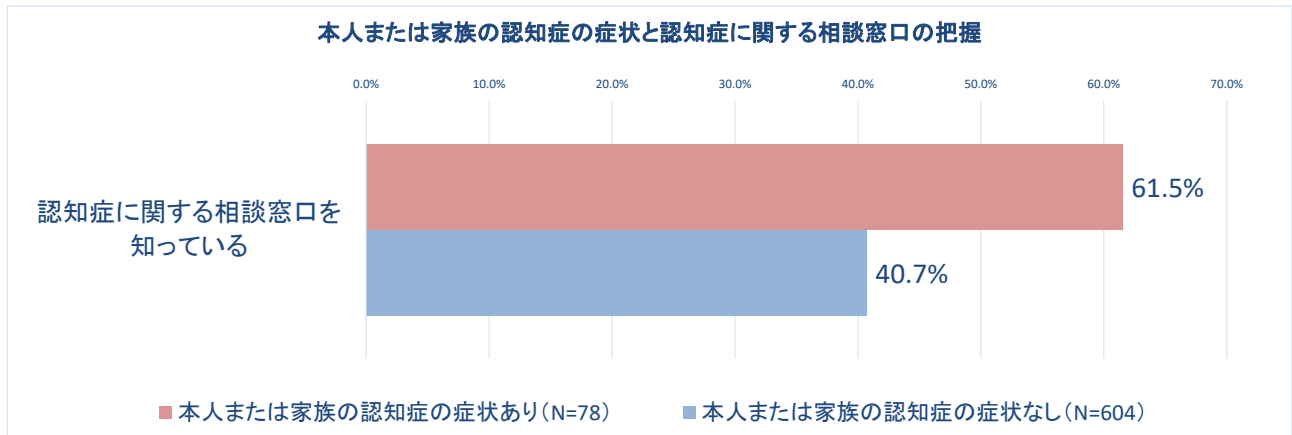
社会参加がない高齢者を社会参加につなげるための施策の検討が必要と考えられます。



③ 認知症の症状の有無と認知症に関する相談窓口の認知度の状況

本人または家族に認知症の症状がある高齢者と、本人または家族に認知症の症状がない高齢者のそれぞれで、認知症に関する相談窓口を知っている割合を比較すると、本人または家族に認知症の症状がない高齢者の方が相談窓口を把握している割合が低く、約4割となっています。

認知症の早期発見・早期診断・早期対応につながる相談窓口の認知度向上のため、特にまだ認知症の症状がない方に向けた周知により力を入れる必要があると考えられます。



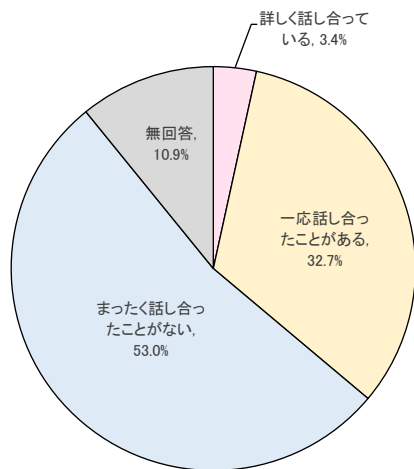
④ 在宅医療・介護に関する状況

自分の人生の最期のことを家族とどの程度話し合ったことがあるかについては、「全く話し合ったことがない(53.0%)」が最も多く、半数を超えていました。

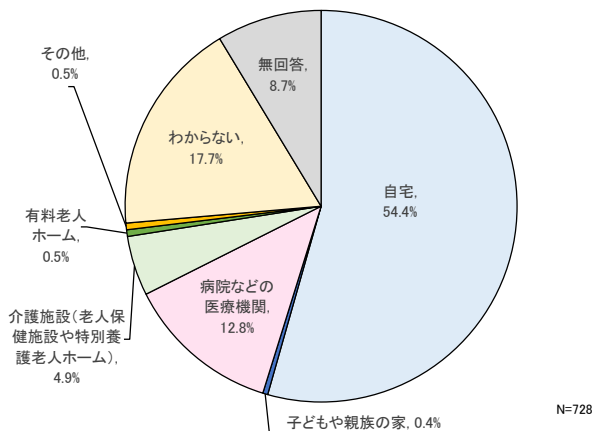
一方、人生の最期を迎えたい場所については、「自宅(54.4%)」が最も多くなっていますが、それ以外にも多様な希望が存在しています。

元気なうちから、もしものときのために自分の希望や想いを伝える機会をつくるACP※(アドバンス・ケア・プランニング)の重要性について普及啓発を進めていく必要があると考えられます。

【人生の最期についての話し合いの状況】



【人生の最期を迎えたい場所】

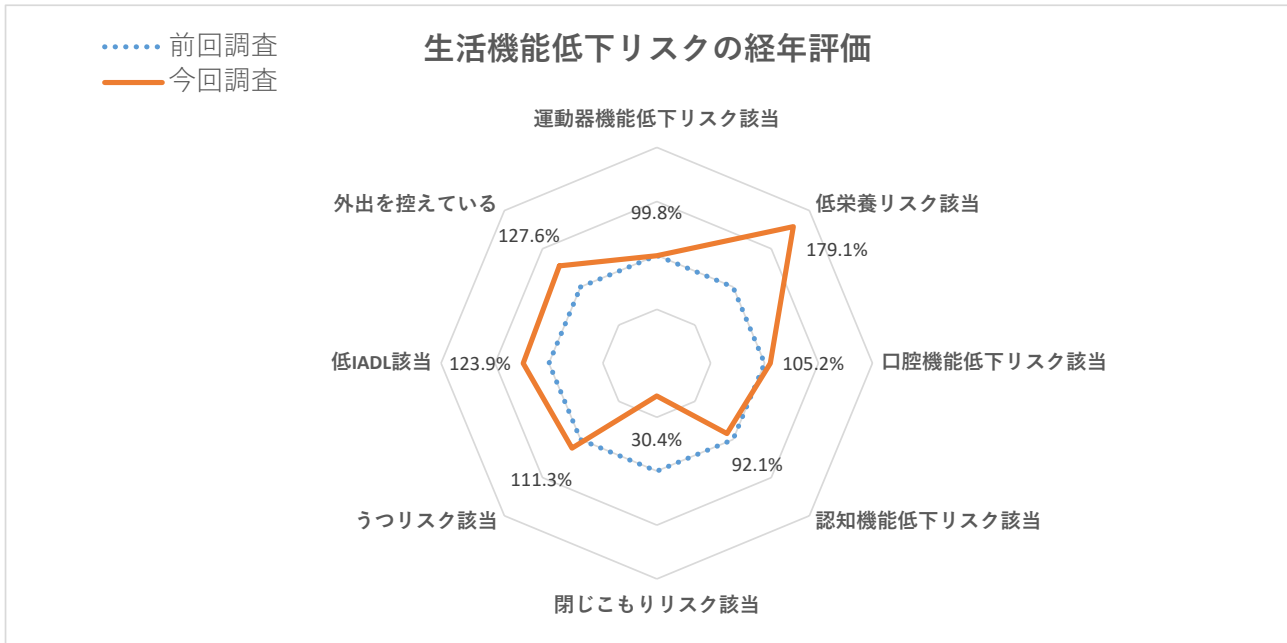


※ ACP(アドバンス・ケア・プランニング)：もしものときのために、どのような医療やケアを望むのか、前もって考え、家族や信頼する人、医療・介護従事者たちと繰り返し話し合い、共有すること

⑤調査結果の経年評価

ア) 生活機能低下リスクの該当状況（経年評価）

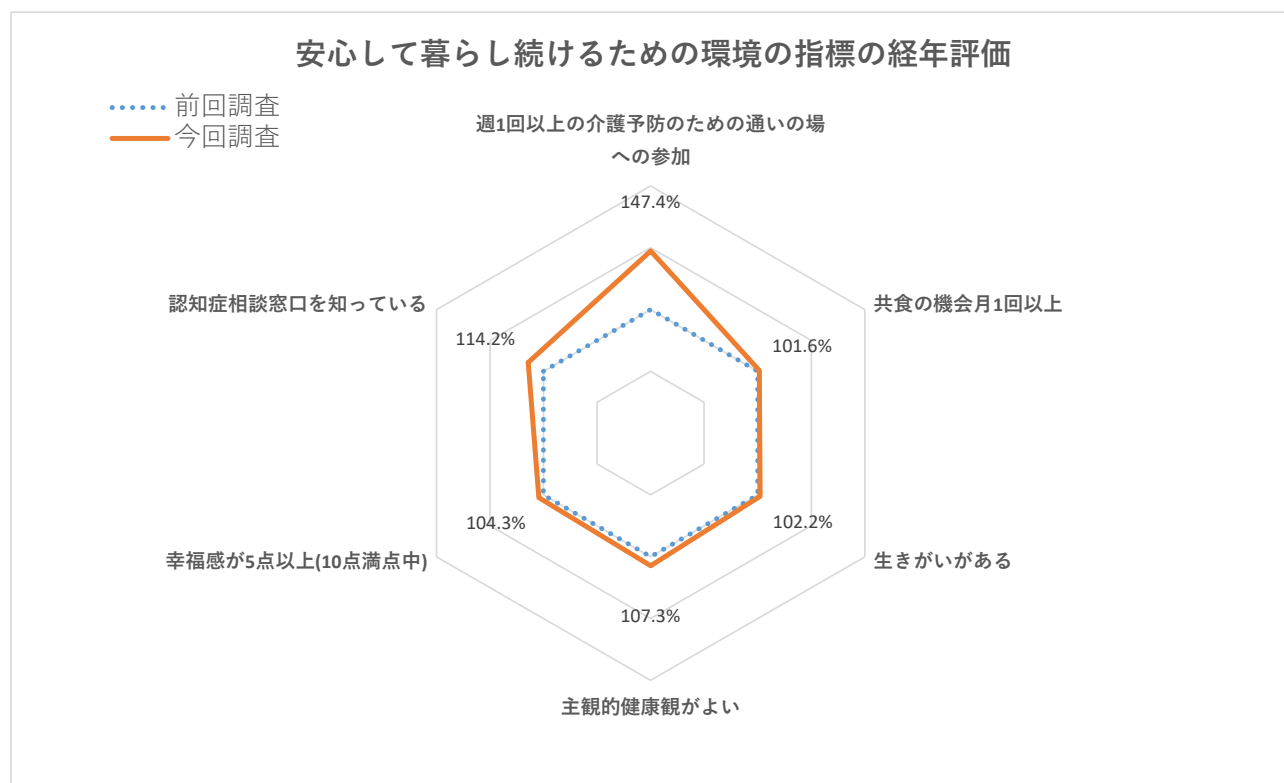
生活機能低下リスク8項目の該当状況について、前回調査（令和元年度実施）と比較すると、「低栄養リスク該当」（179.1%）、「外出を控えている」（127.6%）、「IADL（食事の準備や交通機関の利用など複数のことを同時にこなす能力が必要な日常生活動作）低下該当」（123.9%）、「うつリスク該当」（111.3%）、「口腔機能低下リスク該当」（105.2%）の5項目でリスク該当者の割合が増加していました。



NO	項目	前回調査		今回調査	
		回答数	741	回答数	728
		人数	割合	人数	割合
1	運動器機能低下リスク該当	118	16.0%	116	15.9%
2	低栄養リスク該当	8	1.1%	14	1.9%
3	口腔機能低下リスク該当	141	19.1%	146	20.1%
4	認知機能低下リスク該当	248	33.4%	224	30.8%
5	閉じこもりリスク該当	147	19.9%	44	6.0%
6	うつリスク該当	113	15.3%	124	17.0%
7	低IADL該当	57	7.7%	69	9.5%
8	外出を控えている	146	19.7%	183	25.1%

イ) 安心して暮らし続けるための環境の指標（経年評価）

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるための環境の指標として、6項目（①週1回以上の介護予防のための通いの場に参加している、②共食の機会が月1回以上ある、③生きがいがある、④主観的健康観が良好、⑤幸福感が5点以上（10点満点中）、⑥認知症相談窓口を知っている）に該当する割合を前回調査と比較すると、すべての項目で割合が増加していました。



NO	項目	前回調査		今回調査	
		回答数	741	回答数	728
		人数	割合	人数	割合
1	週1回以上の介護予防のための通いの場への参加	67	9.0%	97	13.3%
2	共食の機会月1回以上	541	73.0%	540	74.2%
3	生きがいがある	440	59.4%	442	60.7%
4	主観的健康観がよい	532	71.8%	561	77.1%
5	幸福感が5点以上(10点満点中)	609	82.2%	624	85.7%
6	認知症相談窓口を知っている	262	35.4%	294	40.4%

2. 在宅介護実態調査の概要

(1) 調査の目的

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、在宅介護実態調査を実施しました。

(2) 調査対象及び配布・回収の状況

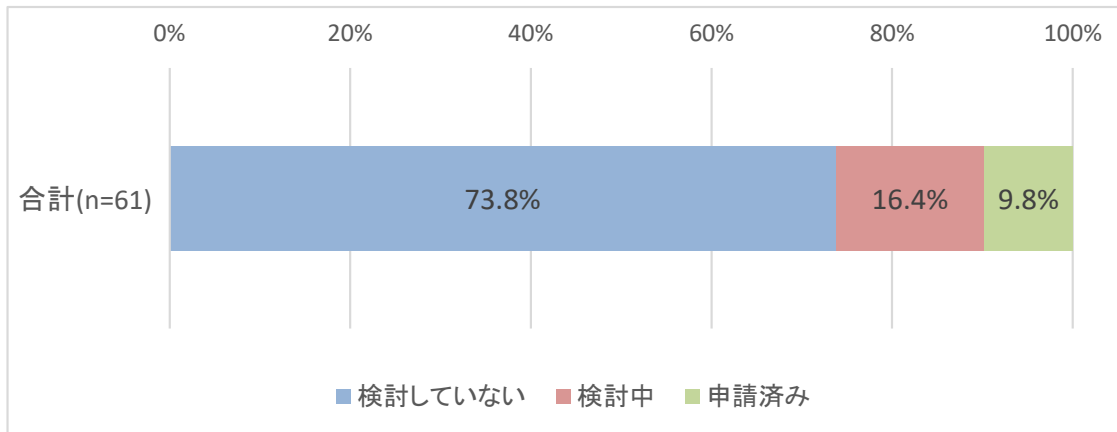
	在宅介護実態調査
配布方法	認定調査員の訪問による聞き取り
回収方法	
抽出方法	要介護認定者（施設等入所を除く）
回答数	61件

(3) 調査結果の概要

①施設等への入所の検討状況

施設等への入所の検討状況は、「検討していない（73.8%）」が最も多くなっていますが、対象者のおよそ4人に1人が「検討中」または「申請済み」となっています。

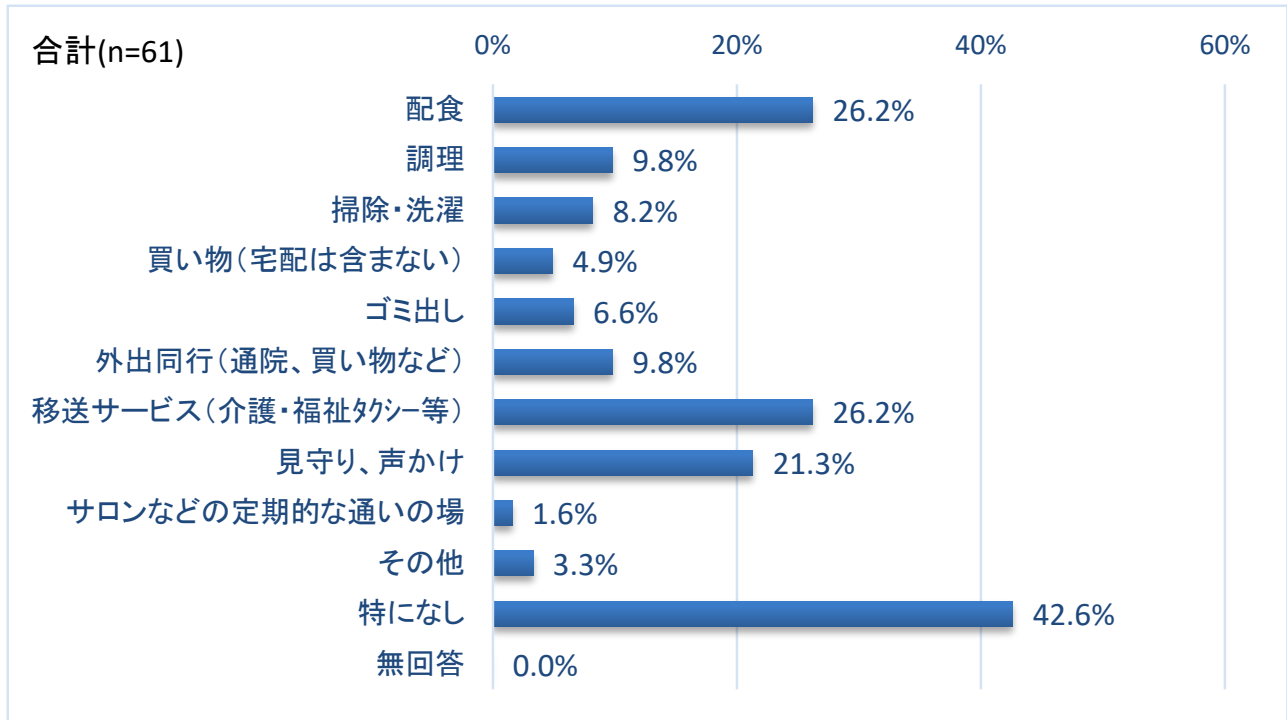
【施設等への入所の検討状況】



②在宅生活継続のために充実が必要な支援・サービス

今後、在宅生活を続けていくために充実が必要だと思う支援・サービスとしては、「特になし」(42.6%)が最も多くなっていますが、「配食」(26.2%)、「移送サービス(介護・福祉タクシー等)」(26.2%)、「見守り、声かけ」(21.3%)などが次いで多くなっています。

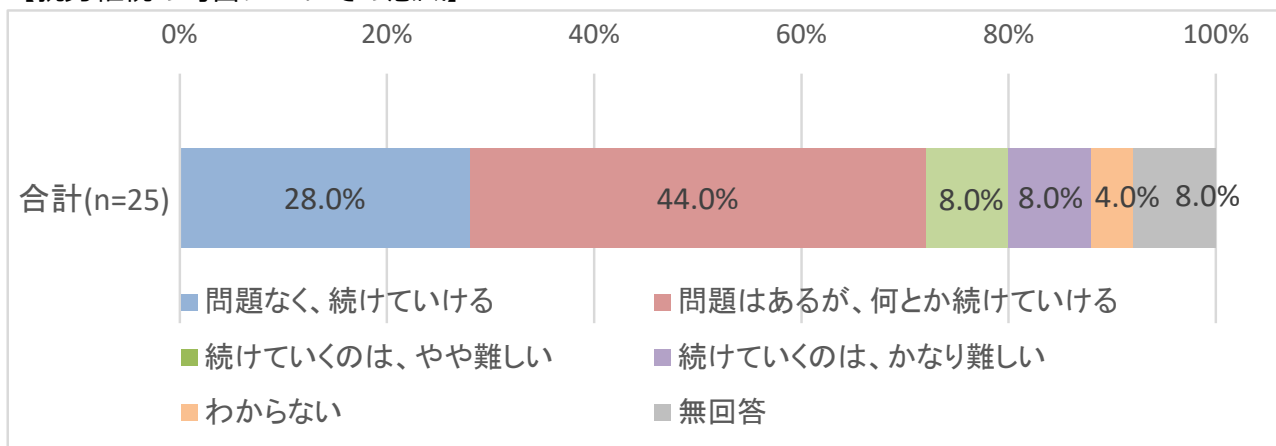
【在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービス】



③就労継続の可否についての意識

主な介護者の今後の就労継続についての意識として、「問題はあるが、何とか続けていける」(44.0%)が最も多くなっており、「続けていくのは、やや難しい」と「続けていくのは、かなり難しい」を合わせた(介護と就労の両立に何らかの問題を感じている)割合は6割となっています。

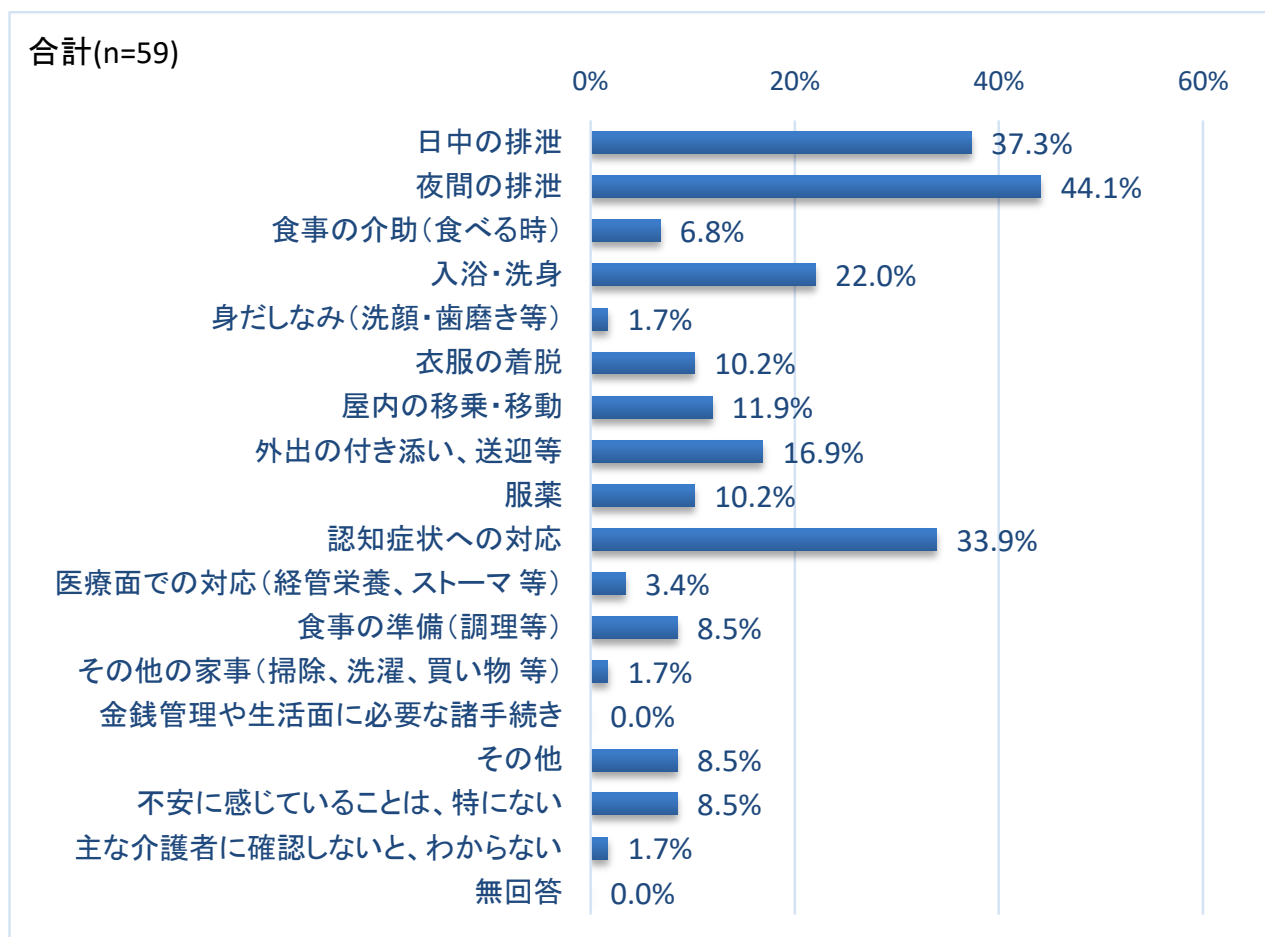
【就労継続の可否についての意識】



④在宅生活継続に向けて不安を感じる介護

主な介護者が、今後の在宅生活の継続に向けて不安を感じる介護は、「夜間の排泄（44.1%）」が最も多く、次いで「日中の排泄（37.3%）」、「認知症状への対応（33.9%）」の順となっています。

【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】



第3節 前期計画の評価

本計画では、第8期計画の各事業で設定した目標に対する達成状況についての評価を行いました。

第8期計画で目標設定を行った46事業において、「目標値に達した（達成度：A評価）」が23事業（50.0%）、「目標値に達していないが、達成傾向にある（達成度：B評価）」が12事業（26.1%）、「変わらない（達成度：C評価）」が8事業（17.4%）、「目標値に対して大幅に遅れている（達成度：D評価）」が該当事業なし、「第8期計画期間中に新たに設定した指標、開始した事業または把握方法が異なるため評価が困難（達成度：E評価）」が2事業（4.3%）となっています。

「目標値に達成」と「達成傾向にある」に該当した事業の合計（達成度B評価以上）が35事業（76.1%）となりましたが、新型コロナウイルス感染症の影響などもあって、計画どおりの実施が困難であった事業も多くありました。

本計画では、コロナ禍による各事業への影響に応じたあらたな目標設定と年度毎のPDCAサイクルの円滑な実施をあらためて推進し、目標達成に向けた取り組みを図ります。

【評価の基準】

達成度	評価内容	評価のイメージ
A	目標値に達した	目標値をクリアし、計画通りに進んでいる
B	目標値に達していないが、達成傾向にある	目標値に達していないが、おおむね順調である
C	変わらない	現在、着手はしているが、順調とは言えない。課題が残る。
D	目標値に対して、大幅に遅れている	現在、着手はしているが、順調とは言えない。計画期間中に中止・廃止
E	第8期計画期間中に新たに設定した指標、開始した事業または把握方法が異なるため評価が困難	

【第8期計画の評価一覧】

主要施策	事業数	達成度					達成率 (B評価以上)
		A	B	C	D	E	
①高齢者のいきがづくりの推進	4	1	2	1	0	0	75.0%
②高齢者の健康づくりの推進	1	1	0	0	0	0	100.0%
③高齢者の就労による社会参加の推進	4	4	0	0	0	0	100.0%
④介護予防・日常生活支援総合事業の推進	12	4	3	4	0	1	58.3%
⑤認知症への理解と普及・啓発の推進	2	0	2	0	0	0	100.0%
⑥認知症ケア・医療・介護サービス・介護者への支援の推進	3	0	2	1	0	0	66.7%
⑦認知症バリアフリーの推進と意思決定の基づく本人支援の実現	4	0	2	0	0	1	50.0%
⑧生活支援サービスの推進と高齢者の見守りネットワークの構築	3	1	0	2	0	0	33.3%
⑨地域包括支援センターの機能強化と事業推進	4	3	1	0	0	0	100.0%
⑩保険者機能の強化	9	9	0	0	0	0	100.0%
達成度合計/割合	46	23	12	8	0	2	35
		50.0%	26.1%	17.4%	0.0%	4.3%	76.1%

※主要施策⑦のうち1事業は計画期間中に代替の取り組みを行ったため評価外としている

第3章 基本理念と計画策定の考え方

第1節 計画の目指す姿

1. 基本理念

本計画は、「第6次山江村総合振興計画」の健康・福祉分野の基本目標である『誰もが心身健康に暮らせる』むらづくりの実現に向けた、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計画になります。

本計画は、高齢者とその家族の視点に立ち、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる「地域包括ケアシステムの深化・推進」を目指し、目標を住民や関係者と共有することにより、総合的かつ計画的に推進することを目的に、上位計画を踏襲した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。

また、団塊の世代が75歳に到達する令和7年（2025年）を見据えた中長期的な4期目の計画として、前計画における基本理念を引き継ぎつつ、その実現に向けた施策の継続的な展開と拡充を図ります。

第6次山江村総合振興計画 基本目標（健康・福祉分野）

『誰もが心身健康に暮らせる』むらづくり



第9期高齢者福祉計画及び介護保険事業計画 基本理念

誰もが住み慣れた地域で心身健康に暮らせる

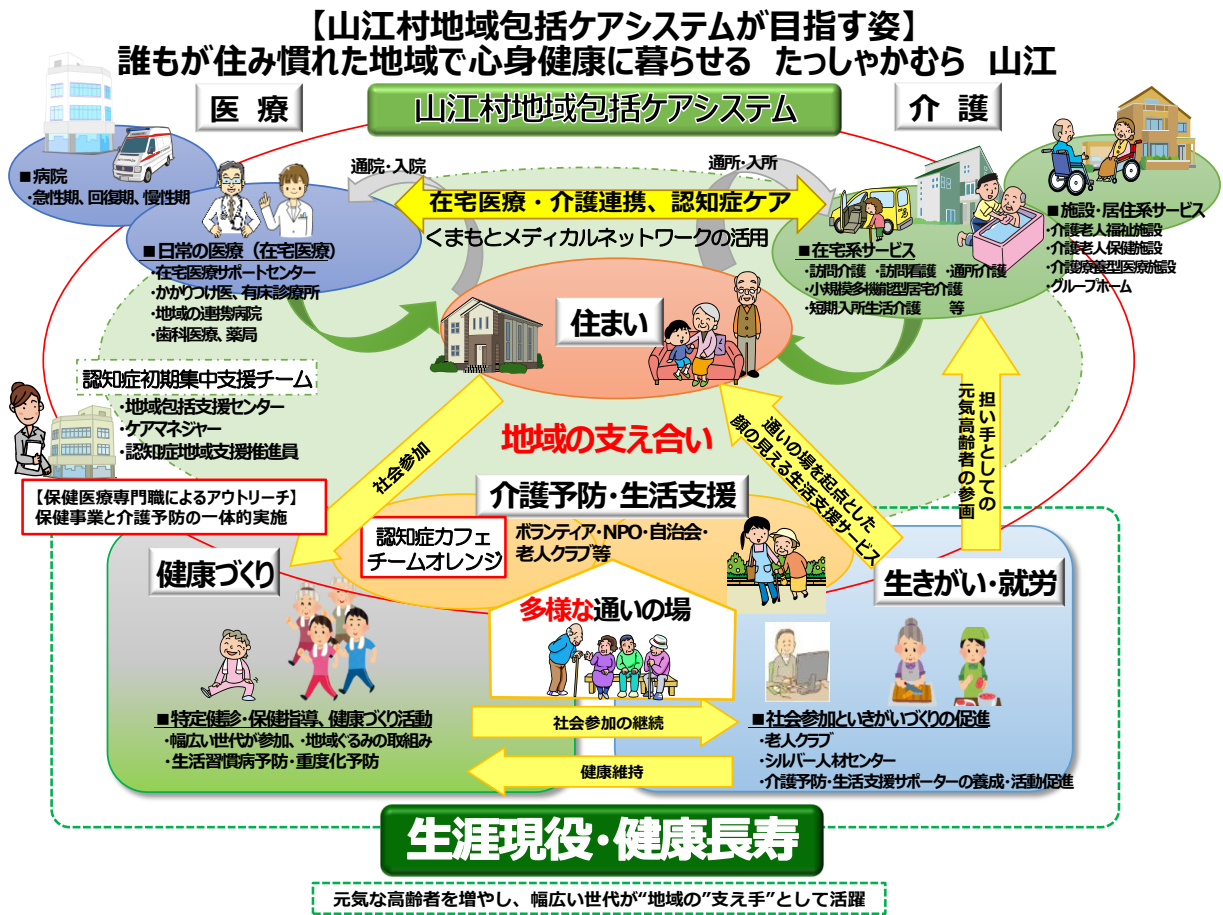
たっしやかむら 山江

～健やかな暮らし、倅せな笑顔～

本計画では、これまでの取り組みを継承し、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと、可能な限り住み慣れた山江村で生活を継続することができるよう、本村の特性に合わせた地域包括ケアシステムの深化・推進を図ります。

そのためには、本村の限られた介護保険サービスや専門職による支援のみでなく、自分の健康は自分で守る「自助」と、家族や友人、地域で支え合う「互助」の強化が重要となります。また、「互助」として、生活支援体制整備事業の中で、高齢者の生活課題の解決に向けた取り組みを推進し、住民同士の支え合いや、地域住民、事業者によるインフォーマルサービスの開発等を支援するとともに、「共助」として、「介護・リハビリテーション」、「医療・看護」、「保健・福祉」の専門職等によるサービスが一体的に提供されるよう、多職種連携による取り組みを推進していきます。さらに、生活困窮等については、「公助」として、行政による対応を行っていきます。

これらの「自助・互助・共助・公助」の考え方のもと、地域住民、ボランティアや事業者、地域の専門職、各種関係機関等と行政の協働により各施策を推進します。



2. 基本目標

本村は、高齢者の尊厳を保持した自立支援や重度化防止の取り組みを推進し、高齢者が安心して暮らし続けることができるよう、本計画の目指す姿の実現に向けて、高齢者の暮らしに応じた8つの方針に分け、地域の関係機関の連携により実現します。

目標
1

生涯現役社会の実現と健康づくりの推進・
介護予防施策の充実

目標
2

認知症の予防と共生の推進

目標
3

住み慣れた地域で安心して暮らせるための
生活環境基盤の整備・医療と介護の連携の推進

目標
4

地域包括ケアシステムを支える
介護人材の確保・介護サービスの質の向上

第2節 主要施策の概要

目標 1

生涯現役社会の実現と健康づくりの推進・ 介護予防施策の充実

<主要施策>

※★は特に重点的に取り組む施策

①高齢者のいきがいづくりの推進

②高齢者の健康づくりの推進

③高齢者の就労による社会参加の推進

④介護予防・日常生活支援総合事業の推進

★⑤高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進

高齢者一人ひとりが、健康で、生きがいを持ち、自らの意思決定により自分らしい生活を送るためには、本人の意思によって心身の状態を維持していくことが重要となります。このため、これまで以上に高齢者が主体的に介護予防に取り組むことができるよう、住民主体の介護予防の取り組みを支援し、毎週開催される通いの場の拡充に取り組んでいきます。

60歳以上の高齢者の仲間づくりや生きがいづくりを目的として、老人クラブでは文化・スポーツ活動、社会福祉活動等に取り組まれており、地域にとって欠かせない役割を担っています。今後も引き続き老人クラブの地域活動を支援していくとともに、地域における通いの場の運営に、老人クラブの活躍が位置付けられるよう、連携を強化していきます。

現役世代の人口が減少していく中、介護サービスを提供する事業所においても、ホームヘルパーをはじめとする介護の専門職の確保が難しい状況にあり、今後はさらに困難な状況となっていくことが予測されます。このため、地区サロンにおける介護予防や生活支援の提供にあたっては、地域住民が主体となって取り組む環境づくりが重要となります。

また、第8期計画期間では、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（健康な状態と要介護状態の中間に位置し、身体的機能や認知機能の低下が見られる状態）対策等に取り組むため、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を開始しています。今後も、本事業での専門職の自宅や地域へのアウトリーチから、フレイルなどのリスクのある高齢者を早期にみつけて、必要な医療・サービス・ケアにつなぐ取り組みを推進します。

目標 2

認知症の予防と共生の推進

<主要施策>

※★は特に重点的に取り組む施策

★①認知症への理解と普及・啓発の推進

②認知症の予防の推進

③認知症ケア・医療・介護サービス・介護者への支援の推進

④成年後見制度の利用促進と認知症バリアフリーに関する取組の推進

令和5年6月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立し、認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進する方針が示されました。この認知症基本法では、国・地方公共団体は、基本理念にのっとり、認知症施策を策定・実施する責務を有し、国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深め、共生社会の実現に寄与するよう努めるとされています。本計画においても、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会の実現に向けて、認知症の予防と共生に向けた取り組みを推進します。

令和4年度に実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において向上が図られている認知症に関する相談窓口の認知度を今後さらに向上させていく取り組みを推進し、本村作成の「認知症ケアパス」の積極活用だけでなく、効果的な物忘れ相談の実施方法等を検討していきます。

また、軽度認知障害（MCI）の段階からの早期発見・早期診断・早期対応の取り組みを充実させるために、高齢者保健事業との連携や、認知症地域支援推進員の活動の充実を図り、軽度認知障害（MCI）や認知症の人とその家族が安心して通うことができる居場所づくりの拡充に取り組むとともに、認知症予防のためのタブレットやコンテンツを活用した取り組みを今後も継続していきます。

さらに、認知症カフェの拡充を図るとともに、認知症の人本人の意思決定に基づいて、認知症の人と家族と認知症サポーターを中心とした支援（チームオレンジ）へつなぐ仕組みを整備し、認知症バリアフリーの取り組みを推進します。

目標 3

住み慣れた地域で安心して暮らせるための 生活環境基盤の整備・医療と介護の連携の推進

<主要施策>

※★は特に重点的に取り組む施策

①地域共生社会の実現に向けた取組の推進

②高齢者の安全な住まいと移動手段の確保

③高齢者福祉事業の提供

④生活支援サービスの推進と高齢者の見守りネットワークの構築

⑤防災・防犯と感染症対策の推進

★⑥在宅医療・介護連携の推進

⑦高齢者虐待の防止

高齢者のみならず、障がい者や子ども、生活上の困難を抱える人などが、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」への展開を進め、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。

高齢者が住み慣れた地域で生活していくための基盤となる住まいが適切に整備され、本人の希望と経済力にかなった住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提となります。このため、高齢者が自身の心身の状態に合わせて、「住まい方」を選択することができるよう、適切なサービスを提供する多様な住まいの整備を推進します。

在宅医療・介護連携の推進業務として、本村では人吉市医師会及び球磨郡医師会と協働して、医療と介護の連携に関する課題を整理し、情報共有や相談体制等の事業を実施しています。また、本村での取り組みとして、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）や看取りなどについて、さまざまな機会や手段を活用した普及啓発を推進していきます。

目標
4

地域包括ケアシステムを支える
介護人材の確保・介護サービスの質の向上

<主要施策>

※★は特に重点的に取り組む施策

①地域包括支援センターの機能強化と事業推進

②保険者機能の強化

★③多様な介護人材の確保・定着や介護サービスの質の確保・向上

地域包括ケアシステムの目指す在宅生活の実現のための中核を担う地域包括支援センターの機能強化を図るため、医療と介護をはじめとした多職種が連携した地域ケア会議の定期的な開催を実施し、介護予防・自立支援に向けた内容、機能の充実を図っていきます。

給付適正化事業は、国が第9期計画の向けて再編した主要3事業について、すべてを適切に実施し、国や県の指標に沿った実施を行っていきます。また、給付費の適正化だけでなく、「ケアマネジメントの適正化」を行うことを意識し、ケアマネジャーやリハビリテーション等の専門職とともに、ケアマネジメントの質の向上が図れるよう連携を図っていきます。

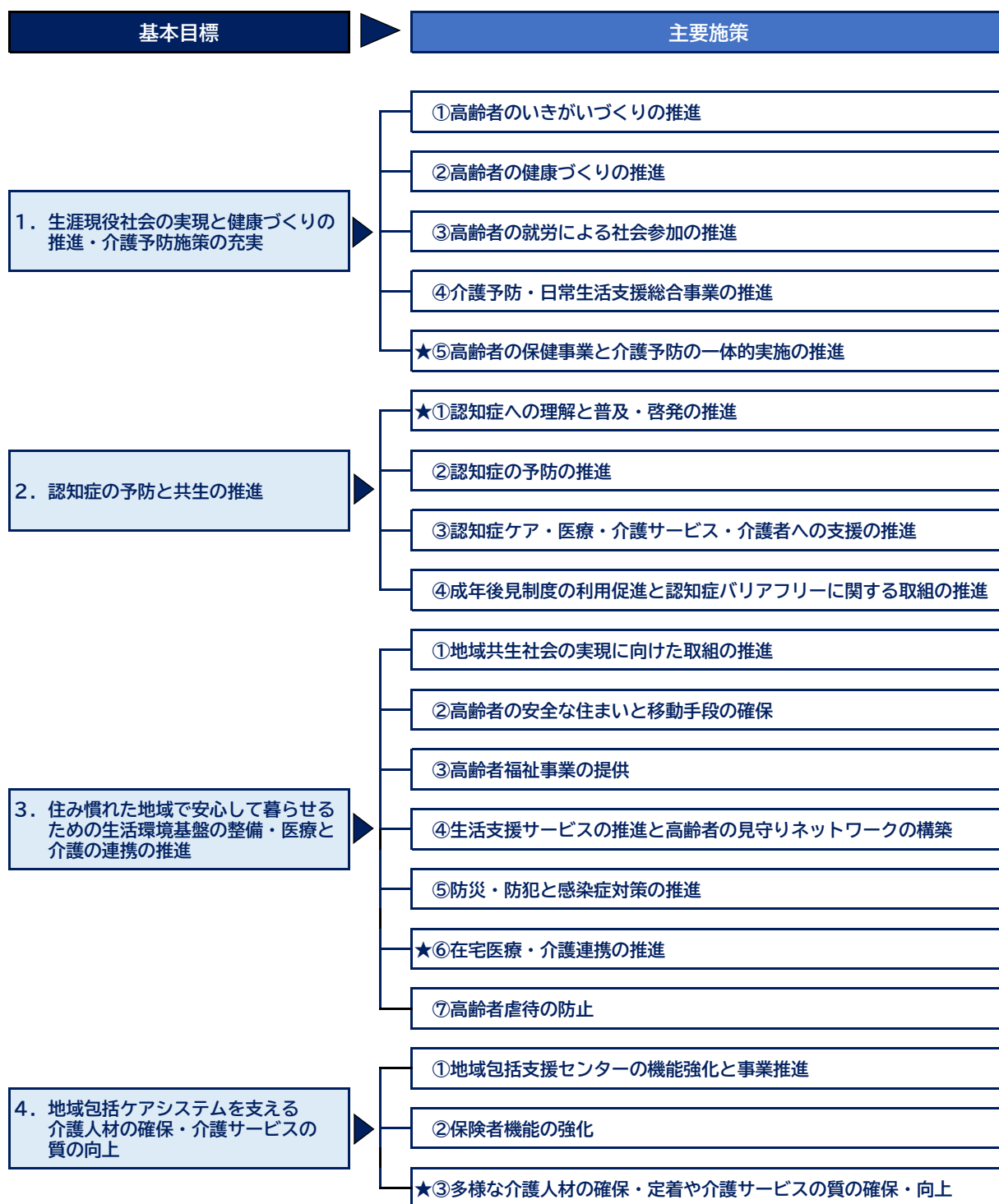
介護サービスのニーズの拡大などに伴う介護の人材の確保については、利用者負担軽減を含めた介護サービスに関する情報提供を充実するとともに、多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みを推進します。

介護人材の確保については、特に元気な高齢者が生活支援・介護予防の担い手として参画していく仕組みづくりについて、介護予防・生活支援サービスの委託先と連携して取り組みを検討し、訪問介護等の専門職が必要な支援に専念することで介護人材確保を図る体制の構築を目指します。

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

本計画では、各論（以下の体系で構成）にこれらの数値目標を設定し、介護保険法同条に基づいて毎年度実績の評価を行い、P D C Aサイクルにのっとり取り組みを推進していきます。

【施策の体系】



各論

第1章 生涯現役社会の実現と健康づくりの推進・介護予防施策の充実

第1節 高齢者のいきがいづくりの推進

1. 通いの場（地区サロン）づくりの推進

地区サロンでは地域包括支援センターと各地区が連携し、月1回程度、各地区で運動や健康相談、茶話会等を行っています。また、村内の介護施設のリハビリ職による講話も各地区で行っています。

今後も更なる通いの場の拡充と、多様な通いの場の創出を目指して地域と協議を行い、地域の中の歩いて通える場所での介護予防の取り組みや高齢者同士の互助による生活支援など、元気な高齢者が社会参加できる機会の創出を図っていきます。

地区サロン	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
実施箇所数（箇所）	9	9	9	18	18	18

2. 老人クラブ活動の活発化

老人クラブでは、60歳以上の高齢者の仲間づくりや生きがいづくりを目的として、文化・スポーツ活動、社会福祉活動等に取り組まれています。老人クラブは、地域において欠かせない重要な役割を担っており、今後も引き続き、老人クラブの地域活動を支援していきます。

また、地域における通いの場の運営に関して、老人クラブの活躍が位置づけられるよう、連携を強化していきます。

老人クラブ	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
老人クラブ数（箇所）	10	9	9	10	10	10
会員数（人）	304	257	232	250	250	250

3. 生涯学習の推進

平成16年に発足した山江村文化協会では、さまざまな部活動を週1回、または月に1～2回開催し、同じ趣味・特技を持つ仲間が語り合いながら体を動かしたり、制作に取り組んだりしており、本村の高齢者の生きがいづくりには欠かせない役割を担います。文化協会では、山江村文化祭にて、ステージで活動の成果を発表したり、制作した作品を展示しているほか、通いの場（公民館等）で体操やレクリエーションダンスをしたり、村の図書室（えほんの森）や認知症カフェ、サロンで読み聞かせを行うなどのボランティア活動も積極的に行っています。

4. 高齢者のスポーツ活動の推進

本村では高齢者の生涯スポーツ活動として、身近な場所でグラウンドゴルフなどが盛んに行われており、スポーツに関する行事・大会の企画や運営については教育委員会が選任したスポーツ推進員が主体となって行っています。

今後も、地域の高齢者の交流を目的に、教育委員会等の関係機関と連携し、各種イベントにおいてグラウンドゴルフ大会やゲートボール大会等を開催し、高齢者のスポーツ活動を積極的に支援します。

なお、村内の自主的な生涯学習やスポーツ活動、趣味の集まりなどを生活支援コーディネーターが中心となり把握を行い、村の資源の整理と、他の事業との連携を図る体制の構築についても検討を進めていきます。

5. 食生活改善事業の推進（にこにこ食のつどい）

毎月1回、おおむね65歳以上の人を対象に、介護予防活動の支援を目的とした「にこにこ食のつどい」を、包括支援センターが食生活改善推進員と協力して実施しています。

栄養士等による栄養や健康に関する講話と、参加者全員での健口体操（お口の体操）や調理実習、会食などを通じて楽しく過ごすことができる会となっています。希望する人には、体重測定や味噌汁の塩分濃度の測定を実施しています。

独居高齢者が増加している本村において今後さらに重要性が増す事業になっています。

にこにこ食のつどい	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
利用者数（人）	168	165	108	170	175	180

6. 敬老事業の推進

長年にわたり社会に尽くされてきた高齢者を敬愛し、長寿を祝うことを目的として、敬老事業を継続していきます。

鶴さん亀さん応援手当
長寿の象徴である鶴と亀のように、いつまでも元気に暮らすことができるよう、70歳以上の高齢者に対し、鶴さん亀さん応援手当を支給して福祉の増進を図ります。
敬老百寿祝金
1世紀にわたり社会の発展に寄与され、健康で生きることの素晴らしさの模範を示された方へ敬老の意を表し、さらなる長寿を願って、年度中に百歳に到達された方に敬老百寿祝金と花束を贈呈します。

第2節 高齢者の健康づくりの推進

1. 骨こつ健康クラブの推進

65歳以上の一般高齢者を対象に、健康の駅で週1回、体調チェック（血圧測定など）、ストレッチ、健口教室、筋力アップ体操・マシンを使った運動、懇談、作業療法士による相談指導といった取り組みを行っています。転倒骨折の防止及び加齢に伴う運動器の機能低下の予防・向上を図ることで、元気でいきいきと生活ができ、要介護状態への進行を防止します。また、高齢者が楽しく気軽に集まれる場となり、閉じこもりを予防します。

骨こつ健康クラブ	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
利用者数（人）	641	650	303	650	660	670

2. 保健師だよりの発行

村民に対して健康づくりを広く伝えていくため、『広報やまえ』に本村の保健師からの「保健師だよりの」として、その時期に応じた健康や保健の情報を掲載していきます。

3. やまえ健康体操の普及

本村では、山江村ケーブルテレビにて、やまえ健康体操を放送しています。

やまえ健康体操は、立っても椅子に腰掛けてもできる体操となっており、子どもからお年寄りまで、誰でも無理なく一緒に楽しく取り組むことができる体操です。

今後も、毎日一定の時間の放送を続けることで、介護予防の促進を図ります。

4. いきいき健康相談の実施

毎月1回、高齢者の健康相談の機会として、保健師・管理栄養士による健康チェックや健康講話などを「いきいき健康相談」として開催しています。

5. 1分館1学1スポーツ活動の実施

各行政区において住民主体で行われる講習会（消火器の使用法、交通安全教室など）やスポーツ大会（ペタンク、グラウンド・ゴルフなど）に対して、補助金を支給しています。地区によって異なりますが、おおむね年1回の実施状況となっています。

第3節 高齢者の就労による社会参加の推進

1. シルバー人材センターの活動支援

シルバー人材センターでは、60歳以上の健康で就労意欲のある高齢者が、これまで培った技術、技能、資格、職業経験を活かし、ライフスタイルに合わせたさまざまな社会参加を通じて、地域社会の福祉の向上と活性化に取り組んでいます。

今後も、シルバー人材センターの活動を支援することで、高齢者福祉の増進を図っていきます。

また、シルバー人材センターの会員が地域の高齢者の生活支援を担うことができる仕組みづくりについても検討を進めていきます。

シルバー人材センター	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
登録人数(人)	30	27	27	32	32	33
受注件数(件)	274	268	250	341	343	345

2. 介護支援ボランティア事業の推進とボランティアポイント制度の拡充

65歳以上の高齢者が、介護に関するボランティア活動を通じて自身の健康増進と介護予防を図ること、また地域での支え合いの体制づくりを構築し、いきいきとした地域社会をつくることを目的としています。

元気が出る学校やたっしゅかクラブ、サロン事業など、介護予防事業でのボランティア活動や、ゴミ出しや買い物の手伝いなどの軽度な生活支援活動に応じてポイントを付与し、還元を行っています(上限5,000円/年間)。

今後も総合事業の担い手確保のためボランティアポイント制度の拡充を行い、元気高齢者が介護や生活支援の場に多く参入できる体制の構築を目指します。

介護支援ボランティア	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
登録人数(人)	46	61	64	65	65	65
活動件数(件)	640	829	1,100	1,110	1,120	1,130

第4節 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

1. 介護予防・生活支援サービス事業の推進

介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）は、本村の実情に応じて地域住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実させることで、地域の支え合いの体制づくりを推進する事業です。



(1) 訪問型サービス

総合事業の訪問型サービスとして、本村では従前の訪問介護相当サービスと、訪問型サービスA・Cを実施しています。

訪問型サービスAの従事者はすべて訪問介護員が担っており、今後は従事者不足の問題への対策が必要となります。専門職でなくてはならない介護以外の部分を介護予防サポーターやシルバー人材センター、有償ボランティア等の社会資源を活用して実施していく体制づくりに引き続き取り組んでいきます。

訪問型サービスCでは、3～6か月の短期間、保健師や看護師、リハビリテーション専門職等が訪問による相談・指導を行っています。

(参考) 国の示す訪問型サービスの類型

	提供中		提供中		
基準	現行の訪問介護相当		多様なサービス		
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら「多様なサービス」の利用を促進	住民主体による支援等を促進	・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定/委託	補助(助成)	直接実施/委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

【訪問型サービスの概要】

従前訪問介護相当サービス	
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	原則 1 割負担（一定以上所得者は 2 ～3 割）

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	訪問介護員による生活援助を行います。
対象者	総合事業対象者
サービス提供者	訪問介護員
実施方法	事業者指定
自己負担	あり

訪問型サービス C（短期集中予防サービス）	
サービス内容	保健師や看護師等が居宅を訪問し、相談・指導などを行います。3～6 か月間の短期間（月 4 回程度の訪問）で実施しています
対象者	総合事業対象者
サービス提供者	地域包括支援センター職員
実施方法	直営
自己負担	なし

訪問型サービス 利用者数	第 8 期計画の実績値			第 9 期計画の計画値		
	R 3	R 4	R 5 (見込)	R 6	R 7	R 8
従前訪問介護相当サービス（人）	3	0	0	2	2	2
訪問型サービス A（人）	25	17	7	9	11	13
訪問型サービス C（人）	5	0	0	2	2	2

(2) 通所型サービス

総合事業の通所型サービスとして、本村では通所型サービスA・B・Cを実施しています。

通所型サービスB・C間や通所サービスC・訪問型サービスC間においては同時稼働や連携を図りながら実施をしており、今後も相互の事業間での連携と対象者の循環が生まれるような展開を進めていくことで、国の示すサービス類型に沿った事業展開を図ります。

(参考) 国の示す通所型サービスの類型

		提供中			
基準	現行の通所介護相当	多様なサービス			
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)	
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム	
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3~6ヶ月の短期間で実施	
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)	

【通所型サービスの概要】

通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	
サービス名称	湯ったり入浴サービス
サービス内容	介護保険施設で、入浴、レクリエーション、運動を行います。
対象者	総合事業対象者
サービス提供者	介護保険施設職員
実施方法	事業者委託
自己負担	あり

通所型サービスB (住民主体による支援)	
サービス名称	たっしゃかクラブ
サービス内容	健康の駅で、運動器の機能向上、茶話会を行います。
対象者	要支援認定者、総合事業対象者
サービス提供者	住民ボランティア、地域包括支援センター等
実施方法	直営 (一部委託)
自己負担	あり

通所型サービスC（短期集中予防サービス）	
サービス名称	元気が出る学校
サービス内容	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）の専門職による短期集中サービスを行います。
対象者	要支援認定者、総合事業対象者
サービス提供者	専門職
実施方法	事業者委託
自己負担	あり

通所型サービス 利用者数	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
通所型サービスA（人）	14	12	9	11	13	15
通所型サービスB（人）	15	12	11	25	25	25
通所型サービスC（人）	18	17	12	20	20	20

（3）生活支援サービス

介護予防・生活支援サービス事業における生活支援サービスとは、

- ① 栄養改善を目的とした配食
- ② 住民ボランティア等が行う見守り
- ③ 訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援（訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供）

からなり、要支援・総合事業対象者に対して在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人等の多様な事業主体による重層的な生活支援サービスの提供を目指すものです。

本村においては、低栄養状態の人を対象とした食の自立支援事業として、「たっしゅか弁当サービス」を社会福祉協議会への委託にて実施しており、配食を行うことにより、栄養の改善と自立した日常生活の支援として、定期的な安否確認及び緊急時の対応を行っています。

また、自宅の手すり設置や段差解消など、介護保険サービスの住宅改修と同等のサービスを「高齢者自立支援住宅改修」として介護予防・生活支援サービスの枠組みで実施しており、上限額の範囲であれば、要介護（要支援）認定を受けることなく自宅の環境整備ができる仕組みを作っています。

いずれも在宅生活を支えるサービスとして、今後も継続して実施します。

配食サービス	
サービス名称	たっしゃか弁当サービス
サービス内容	週3回程度、自宅に食事を届け、合わせて対象者の安否を確認する事業となります。
対象者	要支援認定者、総合事業対象者（低栄養に該当する人）
実施方法	事業者委託
自己負担	あり

栄養改善を目的とした 配食サービス	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
利用者数（人）	6	0	0	2	2	2

（４）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、総合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うえで、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。



2. 一般介護予防事業の推進

(1) 介護予防把握事業

地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、住民主体の介護予防活動へつなげる事業です。

令和4年度に実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査で得られたデータを活用し、生活支援サービスや介護予防事業の効果的な事業展開につなげていきます。

また、今後の高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施において抽出されるリスク対象者を適切な医療や介護サービス等につなげていくため、保健師等関係者との情報の受け渡しについても体制を構築していきます。

(2) 介護予防普及啓発事業

介護予防に関する基本的な知識を普及・啓発するため、パンフレットの作成配布や講座等を開催し、地域における自主的な介護予防の活動を支援していく事業です。

本村では、地域の通いの場等に巡回して、健康講話や体力測定などを行う介護予防健診を実施しており、介護予防に対する普及啓発を図っています。

また、にこにこ食のつどい・地区サロン事業・介護支援ボランティア事業・骨こつ健康クラブといった取り組み（各論第1章に詳細記載）にあわせ、地域住民が主体的に楽しく介護予防に取り組むためのツールとして、事業の参加者を対象に「たっしゃかファイル」を作成しています。

(3) 地域介護予防活動支援事業

市町村が介護予防に資すると判断する地域における住民主体の通いの場等の介護予防活動の支援を行う事業です。地域の中で、高齢者が主体的に取り組む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とする介護予防サポーター養成講座を実施します。

介護予防サポーター養成	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
養成講座開催回数(回)	1	1	1	1	1	1
養成人数(人)	6	3	6	5	5	5

(4) 一般介護予防事業評価事業

一般介護予防事業におけるそれぞれの事業が、適切かつ効率的に実施されているかを把握し、改善を図るための事業となります。介護保険計画に定める目標値を年度ごとに評価し、その評価に基づき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り組みの強化を図ることを目的に、介護予防・生活支援サービス事業や住民主体の通いの場の創出に対して、リハビリテーション専門職等による助言や指導を促進するための事業です。

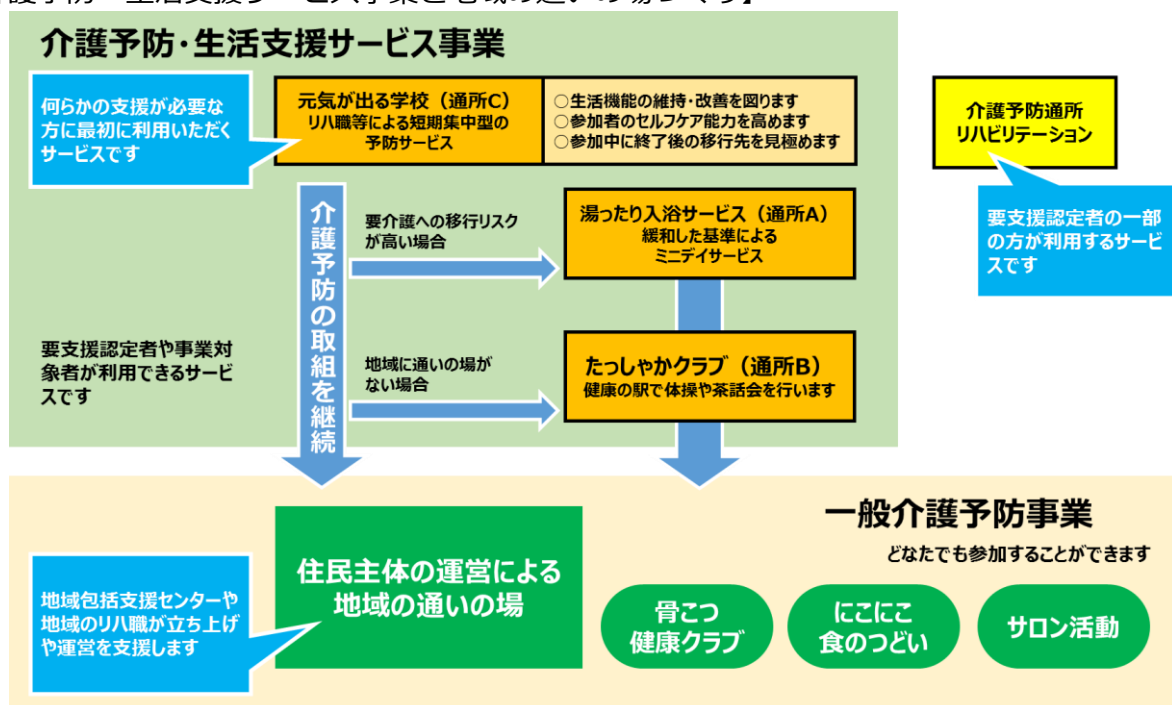
公民館等を活用した地域の身近な場所で住民主体の通いの場が定期的に行われ、またそこで効果的な介護予防の取り組みが行えているかを評価するため、リハビリテーション専門職を積極的に活用していきます。

また、年1回程度参加者とリハビリテーション専門職が集まった場で活動発表や意見交換を行い、サポーターのスキルやモチベーションの向上を図る取り組みについても検討をしていきます。

さらに、本事業により、リハビリテーション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っていきます。

地域リハビリテーション 活動支援事業	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
リハ職派遣回数(回)	31	45	23	20	20	20

【介護予防・生活支援サービス事業と地域の通いの場づくり】



第5節 高齢者の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。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。

本村では、令和4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実施しており、国保（医療保険）側の保健事業と、介護保険側の介護予防事業、また、かかりつけ医による医療とを組み合わせ、フレイル^{*}のおそれのある高齢者を包括的に支援していく仕組みづくりを行っています。

1. 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）

健康診断受診者や高血圧・糖尿病等の診療情報から選定した75歳以上の高齢者を対象に「訪問健康相談」を実施しており、専門職による日常生活における助言等を行っています。栄養、口腔、糖尿病性腎症重症化予防、その他の生活習慣病等の重症化予防、健康状態不明者への対応などを重点的取り組みとして実施しているほか、ひとり暮らしの高齢者の生活機能リスクの維持・改善を図るための支援や、相談の中での対象者の社会参加状況の確認と必要に応じた介護予防事業への接続などの取り組みについても、外部委託の活用により保健師、管理栄養士などの専門職の人材確保を図りながら推進していきます。

2. 通いの場等への積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ）

低栄養予防の普及推進活動として食生活改善推進員が、また口腔機能低下予防の普及推進活動として歯科衛生士が、それぞれ地区の公民館等を訪問する取り組みを実施しています。今後も各年度の実施計画のもとに、通いの場等を活用した健康教育・相談、健康状態の把握等、フレイル予防の普及・促進を図る事業を推進していきます。

^{*}フレイル：健康な状態と要介護状態の中間に位置し、身体的機能や認知機能の低下が見られる状態

第2章 認知症の予防と共生の推進

第1節 認知症への理解と普及・啓発の推進

令和5年6月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立し、認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進する方針が示されました。この認知症基本法では、国・地方公共団体は、基本理念にのっとり、認知症施策を策定・実施する責務を有し、国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深め、共生社会の実現に寄与するよう努めるとされています。

本村においても、認知症基本法の方針に基づき、認知症の発症により生活上の困難が生じた場合でも、重度化を予防しつつ周囲や地域の理解と協力のもと、本人が希望を持って前を向き、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、安心して自分らしく暮らし続けることができるむらづくりを目指し、今後もさまざまな取り組みを行っていきます。あわせて、認知症の人をはじめとする高齢者の権利擁護、虐待防止に向けた取り組みを推進します。

1. 認知症サポーターの養成と活動の活性化

地域の認知症支援の重要な役割を持つ認知症サポーター養成講座を今後も定期的を開催し、地域ぐるみで見守る体制づくりを進めるとともに、認知症の人の見守りを実践する認知症サポーターの組織化を図ることにより、人材活用や地域の関係機関とのネットワークづくりを進めていきます。

第8期計画期間中は新型コロナウイルスにより、認知症サポーター養成講座の実施にも影響がありました。養成を受けたサポーターを認知症カフェなどの運営支援につなげる取り組みを推進しており、認知症の人の意思決定に基づく本人支援（チームオレンジ）の実現に向けた取り組みを含めた認知症サポーターの活動の活性化を図ります。

また、今後は若年性認知症に対する知識や成年後見制度の周知など、認知症に関してより深い理解が得られるような養成講座の内容の見直しについても検討していきます。

認知症サポーター	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
養成数（人）	－	－	28	60	60	60
養成講座の開催数（回）	9	5	2	5	5	5

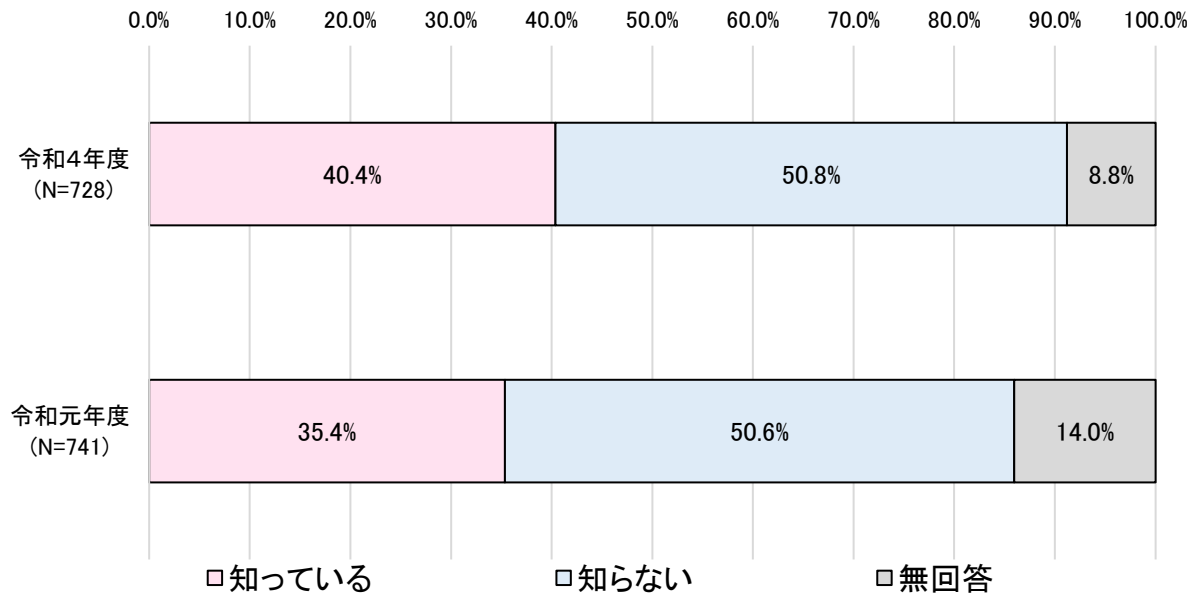
※認知症サポーター養成数は令和3、4年度は単年の集計なし。令和5年度より集計開始。

2. 認知症相談窓口の認知度向上に向けた取り組みの推進

令和4年度に実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において、認知症に関する相談窓口を「知っている」と答えた人は40.4%となっており、前回調査（令和元年度実施）から5ポイント上昇していますが、依然相談窓口を知らない人が半数を占めている状況となっています。

本村では、認知症に対応できるかかりつけ医や認知症サポート医、認知症疾患医療センター等の認知症医療に関する相談窓口の周知活動と、認知症の状態に応じ、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのかという本村の認知症ケアに対する情報を体系的に整理し資料化した認知症ケアパスを作成し、配布を行っています。認知症に関する基礎的な情報とともに、具体的な相談先や受診先の利用方法等が明確に伝わるような周知や普及・啓発の活動を行い、引き続き相談窓口の認知度の向上を図ります。

【認知症相談窓口の認知度（経年比較）】



介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	第8期計画 の実績値	第9期計画 の計画値
	R4	R7
認知症相談窓口の認知度 (%)	40.4	45.0

第2節 認知症の予防の推進

1. 認知症の予防についての理解の促進

国が示す認知症施策推進大綱では、「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、一般介護予防事業等の機会を通じて、村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. 認知症の早期発見・早期診断・早期対応の体制の充実

本村の介護予防・日常生活支援総合事業や地区サロンなどでは、認知症予防の講話や、タブレット・コンテンツを活用した認知症予防に取り組んでいます。また、村直営の地域包括支援センターにおいて、随時専門職による認知症に関する相談を受け付け、必要なサービスへのつなぎを行っています。認知症は、早期から適切な治療やケアをすることで生活機能を維持することが可能であるため、認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チームと連携しながら、今後も認知症の早期発見・早期診断・早期対応の取り組みを推進していきます。

また、令和4年度から実施をしている保健事業との一体的実施でのアウトリーチにより、MCI（軽度認知障害）から軽度認知症の疑いのある方が抽出された際は、地域包括支援センターを通じて状態に応じた適切なサービスへつなぎ、早期対応が図れる仕組みを構築していきます。



第3節 認知症ケア・医療・介護サービス・介護者への支援の推進

1. 認知症地域支援推進員と認知症初期集中支援チームの活動の活性化

認知症の状態に応じて必要なサービスが適切に提供されるように、本村では、医療機関や介護サービス、地域の支援機関との連携支援や、本人やその家族への相談業務等を行う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、認知症地域支援推進員を含めた複数の専門職からなる認知症初期集中支援チームを設置しています。そのため、通いの場や総合相談支援などにおいてあがった情報が認知症地域支援推進員にスムーズに伝わり、認知症初期集中支援チームによる支援が円滑に行われるような体制の構築を行っています。

認知症初期集中支援チームでは、2か月に1回のチーム会議を実施しており、チーム員での事例検討や情報共有などを行っています。

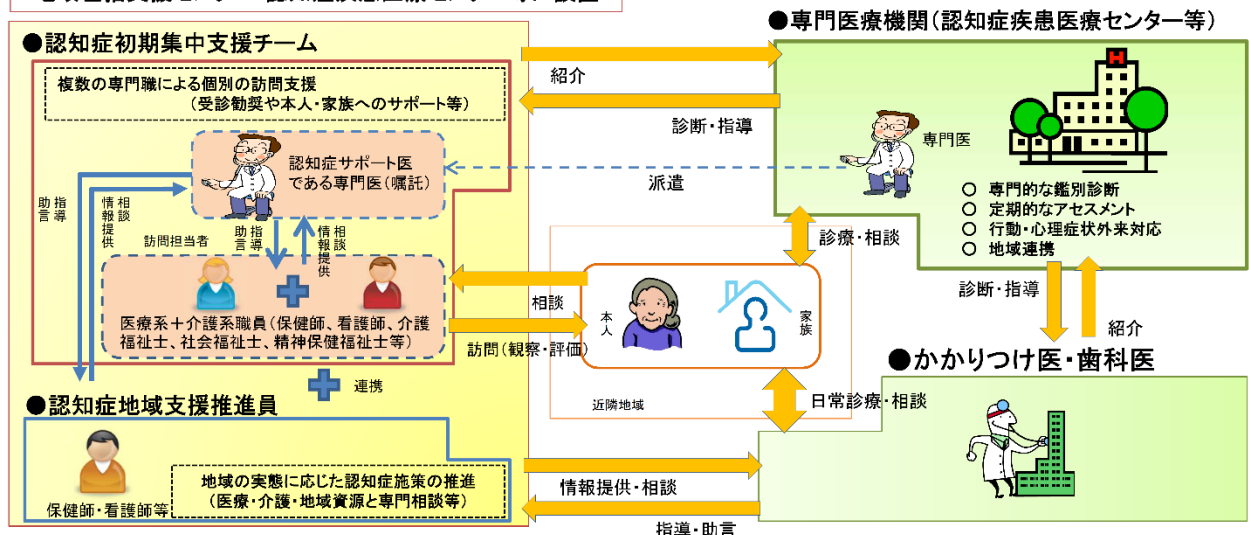
今後も、地域住民に対してチームの周知・啓発を図るとともに、困難ケースに限らず認知症初期集中支援チームを活用していくよう体制整備を行い、認知症初期集中支援チームの活動の活性化を図っていきます。

また、認知症初期集中支援チームの活動から抽出された地域課題を地域ケア会議等で協議し、情報の共有と必要な対応を行うとともに、認知症初期集中支援チームや個別ケア会議から見てきた課題について、政策形成につなげていきます。

認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

- 認知症専門医による指導の下(司令塔機能)に早期診断、早期対応に向けて以下の体制を地域包括支援センター等に整備
- 認知症初期集中支援チーム** 複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問(アウトリーチ)し、認知症の専門医による鑑別診断等を(個別の訪問支援)ふまえて、観察・評価を行い、本人や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。
 - 認知症地域支援推進員** 一認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。

地域包括支援センター・認知症疾患医療センター等に設置



＜認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ＞

- ①訪問支援対象者の把握、②情報収集(本人の生活情報や家族の状況など)、③初回訪問時の支援(認知症への理解、専門的医療機関等の利用の説明、介護保険サービス利用の説明、本人・家族への心理的サポート)、④観察・評価(認知機能、生活機能、行動・心理症状、家族の介護負担度、身体の様子チェック)、⑤専門医を含めたチーム会議の開催(観察・評価内容の確認、支援の方針・内容・頻度等の検討)、⑥初期集中支援の実施(専門的医療機関等への受診勧奨、本人への助言、身体を整えるケア、生活環境の改善など)、⑦引き継ぎ後のモニタリング

2. 認知症ケアパスの普及・啓発

認知症ケアパスとは、認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れを大まかな目安として示したものであり、新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）では、「地域ごとの医療・介護等の資源を列挙するだけに留まらず、認知症の人やその家族、医療、介護関係者の間で共有され、サービスが切れ目なく提供されるように、その活用を推進していく」としています。

ケアパスの活用により認知症についてさらに周知・理解を深めるとともに、認知症地域支援推進員活動の中でもケアパスを活用した支援につなげていきます。

3. 認知症に係る医療・介護の連携強化

認知症の症状の変化に応じて適切なサービスが提供されるよう、今後も認知症疾患医療センターとの連携を強化していきます。

また、認知症初期集中支援チームの検討委員会を年に1回開催し、多職種による連携を図っています。地域ケア会議等においても、ケースに応じて認知症疾患医療センターの地域連携担当者や認知症サポート医等の参画を図っていきます。

認知症初期集中支援チーム	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
チーム員会議開催数(回)	3	5	6	6	6	6

4. 家族に対する支援の推進

本村では、要介護認定を受けていたり、認知症の症状がある人の家族を対象に、2か月に1回講話を行ったり、年に2回日帰り旅行を行う「ほのぼの会」を実施しています。

今後も介護者や認知症の人の家族に必要な支援を計画し、介護者の負担や不安の軽減だけでなく、認知症の人本人の生活の質の改善にもつながるよう取り組んでいきます。

ほのぼの会 (家族支援事業)	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
開催回数(回)	2	2	4	6	6	6

第4節 成年後見制度の利用促進と認知症バリアフリーに関する取組の推進

1. 成年後見制度利用促進計画の推進

成年後見制度とは、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、成年後見人などの援助者を選任することで、本人の意思を尊重して法律的に支援する制度です。認知症高齢者や独居高齢者の増加に伴い、今後より一層の制度の利用促進を図る必要があります。

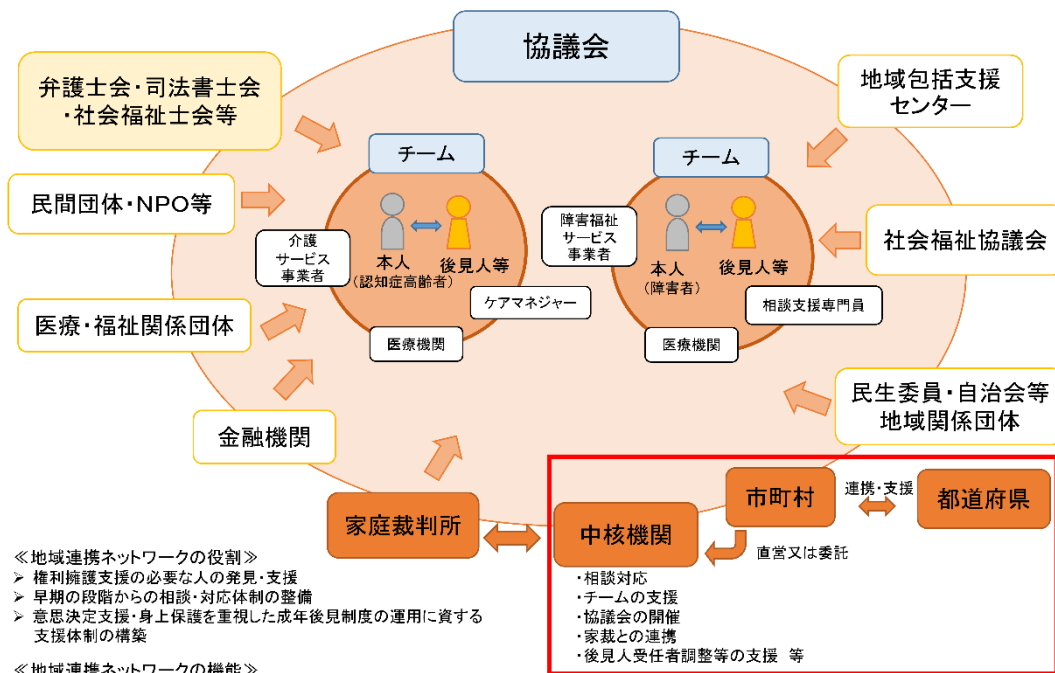
本村では、本計画を「山江村成年後見制度利用促進計画」と位置付け、国が定める「成年後見制度の利用の促進に関する法律」及び「成年後見制度利用促進基本計画」に基づき、高齢者や障がい者が住み慣れた地域で尊厳を持って生活ができるよう、本村の成年後見制度の利用促進に向けた基本的な方向性とその取り組みを明記し、関連する施策を総合的かつ計画的に推進していきます。

(1) 地域における連携ネットワークづくりの推進

地域において、権利擁護に関する支援の必要な人（財産管理や必要なサービスの利用手続きを自ら行うことが困難な状態であるにも関わらず、必要な支援を受けられていない人や、虐待を受けている人など）の発見に努め、速やかに必要な支援に結びつけるため、関係部署や機関との地域連携ネットワークの構築を図ります。

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

【地域連携ネットワークのイメージ】



厚生労働省資料より

(2) 中核機関の設置

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。人吉・球磨 10 市町村では平成 27 年 4 月に人吉市社会福祉協議会への委託により「人吉球磨成年後見センター」を開設し、令和 3 年 4 月から同センターが中核機関となり、さまざま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を蓄積しながら、地域における連携・対応強化の推進役を担っています。

中核機関には、地域連携ネットワークが地域の権利擁護（以下の 4 つの機能）を果たすよう主導する役割があるため、今後も「人吉球磨成年後見センター」と連携して各施策を推進していきます。

中核機関の 4 つの機能と期待される効果	
①広報機能	地域での研修や講演会等により、成年後見制度に関する周知・広報を行う。権利擁護・成年後見制度に関する相談窓口が明確化され、住民や関係機関に対して周知される。相談機会が増え、相談が行われやすい環境が整う。本人自身や民生委員などの地域住民、介護支援専門員、相談支援専門員など本人の身近な支援者が、判断能力の低下に関するリスクや課題に気づき、事前に任意後見制度の利用や、本人自身が早い段階から補助・保佐の利用を検討することが可能となる。
②相談機能	地域の相談支援機関のアセスメントやケース検討を行う時に法律の専門職や、成年後見制度に詳しい福祉の専門職が参加する。専門職の関与によって専門的な検討・判断が行われ、法的な課題が明らかになり、権利擁護支援に関するアセスメント、成年後見制度の利用に関しても適切な対応が可能となる。中核機関が、支援方針の検討を担保することで、自治体や支援者、相談機関等が成年後見制度利用に関する方針の判断を行うことができるようになる。必要に応じて市町村長申立の判断も行うことが可能となる。成年後見制度の利用が必要と判断されなかった場合、継続的なモニタリングの結果、判断能力の変化がみられた場合には、再度支援方針の検討を行う。日常生活自立支援事業や生活困窮者自立支援事業等の利用者についても、適切な時期に検討・専門的判断を行い、円滑な成年後見制度利用への移行を行うことができる。任意後見契約を締結している本人についても、適切な時期に任意後見制度開始ができるよう、タイミング等に関する助言やサポートを継続的に行う。

<p>③ 成年後見制度利用促進機能</p>	<p>窓口で申立に関わる相談が行われることで、申立に関わる書類作成・事務が支援され、申立者は成年後見制度の申立手続きが行いやすくなる。司法に精通した専門職の参加により、本人にふさわしい成年後見制度の利用に向けた検討・専門職判断が行われる。検討・専門的判断に際し、家庭裁判所と中核機関の間で適切な後見人候補者選任のイメージを共有することで、適切な成年後見人等候補者を選ぶことができるようになる。申立以前の段階から本人と関わってきた福祉・医療・地域の関係者が得ている情報を中核機関が集約し、中核機関が本人の生活環境や財産状況、抱えている課題などを考慮した上で、最もふさわしい後見人候補者を選び、家庭裁判所に推薦がなされることで、家庭裁判所はこれまで以上に本人のニーズに合った後見人等の選任が可能となる。成年後見人候補者が少ない地域においては、中核機関が中心となり、市民後見人や法人後見の担い手の養成を行うことができる。</p>
<p>④ 後見人支援機能</p>	<p>成年後見人選任後、中核機関のコーディネートにより本人を支えるチームの再編成が行われ、本人、後見人が連携し、相談できるチーム体制が構築される。成年後見人等が活動上わからないことや、報告書作成等の事務が発生した場合、中核機関もしくは中核機関による専門的支援を受けた地域の相談支援機関に相談し、後見活動のバックアップを受けることができるようになる。チームと地域の相談支援機関が連携し、定期的なモニタリングが行われることで、本人の状況の変化や後見人の果たしている役割等を把握することができる。類型の変更や、後見人の交代等が検討される場合等には、中核機関から家庭裁判所に情報の共有が行われる。家庭裁判所は、後見人を監督する責務を有しており、中核機関との情報共有に基づいて、後見業務の状況を確認する。後見人が本人の財産を流用しているといった事態が明らかになれば、後見人の解任も視野に検討が行われる。親族後見人等が自分一人だけでは対応が難しい課題を抱えている場合には、専門職のサポートを得られるよう後見人の追加選任等が検討される。家庭裁判所は、問題状況と本人のニーズに応じて、後見人を解任したり、交代等をさせたりすることによって、本人にとって常に最もふさわしい後見人からの支援を受けられる環境を確保することを目指して状況の把握、判断を行うことになる。</p>

(3) 成年後見制度利用促進に向けた取り組み

① 成年後見制度の広報・啓発活動の推進

本村の現状としては、成年後見制度の利用実績は少なく、社会福祉協議会が行っている日常生活自立支援事業で対応している状況が多く見られます。人吉球磨圏域合同で成年後見センターの運営に取り組みながら、村として行える成年後見制度の周知・啓発に努めます。

成年後見制度が利用者の生活を守り権利を擁護する重要な手段であることなどを、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、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に取り組みます。

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普及のため、研修会等の開催など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取り組みに努めます。

② 相談窓口の周知・相談機能の強化

高齢者を支援する地域包括支援センターにおいて、引き続き成年後見制度に関する相談対応を行いながら、中核機関である「人吉球磨成年後見センター」と連携して必要な支援につなげていきます。すでに関係機関が関わっているケースについては、必要に応じて地域ケア会議等で専門職からの助言を得て成年後見制度利用の可否や支援方針の検討を行うなど、相談支援体制を強化していきます。

制度の利用にあたって、親族がいる場合には、当該親族に成年後見制度を説明し、親族からの申し立てが行われるよう支援していきませんが、申し立てを行える親族がない場合や、親族がいても申し立てを行う意思がない場合で、成年後見制度の利用が必要と認めるときは、速やかに支援につなげます。

③ 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、地域包括支援センターと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」による支援に努めます。

④ 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、今後の成年後見制度の利用促進を踏まえた需要に対応していくためにも、地域住民の自主活動を通じて地域でともに支え合い、共生していく社会の実現に向けて、支援の担い手としての後見人の育成を図っていくとともに、後見人として活動ができるよう家庭裁判所等の関係機関と連携し実現に向けた協議を進めていきます。

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こともあり、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。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。

本村の若年性認知症に関する相談はまだ少ない状況ですが、人吉球磨圏域ぐるみでの若年性認知症の人の居場所づくりや就労・社会参加等の支援を行うとともに、認知症疾患医療センターと連携して、村内からあがった相談の情報共有が行えるよう体制整備を図っていきます。また、若年性認知症の人でもさまざまな社会参加が行えるよう、受け入れ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。

また、県の相談窓口とも連携を取りながら取り組みを推進するとともに、認知症サポーター養成講座などの場においても、若年性認知症に対する理解を深める研修などの実施を検討します。

3. 認知症カフェの充実と認知症の人の意思決定に基づく本人支援の実現

認知症カフェは、本人が気力の低下から閉じこもりがちになり、社会との接点を失うことで症状が進行してしまうことや、介護する家族が、常に閉鎖された家庭の中だけで介護を続けることで、大きなストレスを抱えてしまう状況を回避し、当事者だけでなく、介護家族、専門職、地域の人々が集まり、同じ状況の仲間が、皆で認知症に向き合う場となります。

本村では、認知症カフェを設置し、おおむね月1回程度の活動を行っています。認知症の人とその家族の交流の場として、また地域の見守りの中で安心して暮らし続けることができる地域づくりのため、今後も認知症カフェの拡大と充実を図っていきます。

また、養成を受けた認知症サポーターが積極的にカフェの運営支援に関わる仕組みについても構築を行っており、さらにそこに関わる認知症サポーターにはステップアップ講座の受講をすすめていく取り組みを推進しています。高い意欲を持ったサポーターも多く、今後はサポーターが主体的に運営を行っていくため、サポーターが行いたいことを話し合う会議を定期的で開催し、そこから派生する取り組みについても展開を図っていきます。

さらに、認知症地域支援推進員や認知症サポーターがいる中で、認知症の人の意思決定に基づく本人支援（チームオレンジ）の実現に向けた取り組みを引き続き推進します。

認知症カフェ	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
拠点数（箇所）	1	1	1	1	1	1
参加者数（人）	65	55	26	30	40	50
チームオレンジ活動数（回）	0	0	0	12	12	12

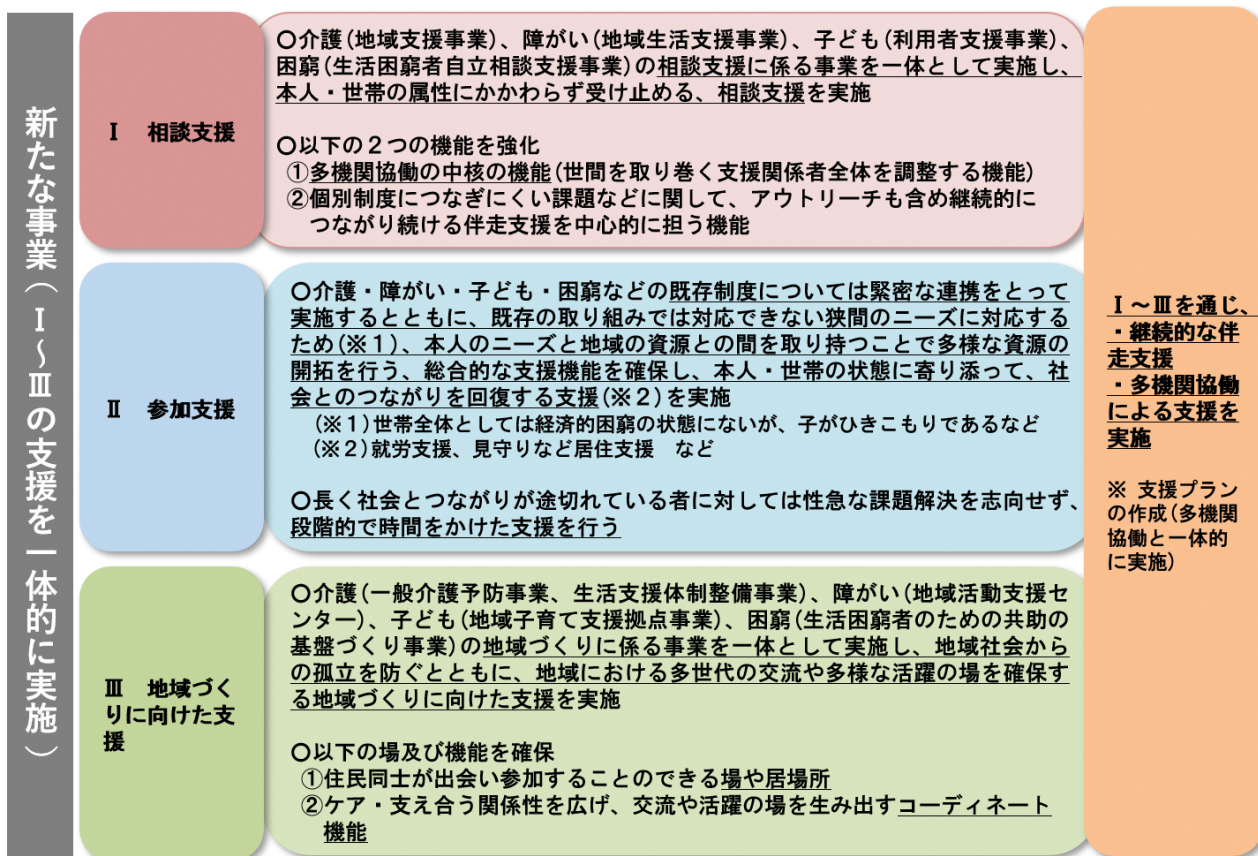
第3章 住み慣れた地域で安心して暮らせるための生活環境基盤の整備・医療と介護の連携の推進

第1節 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

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。

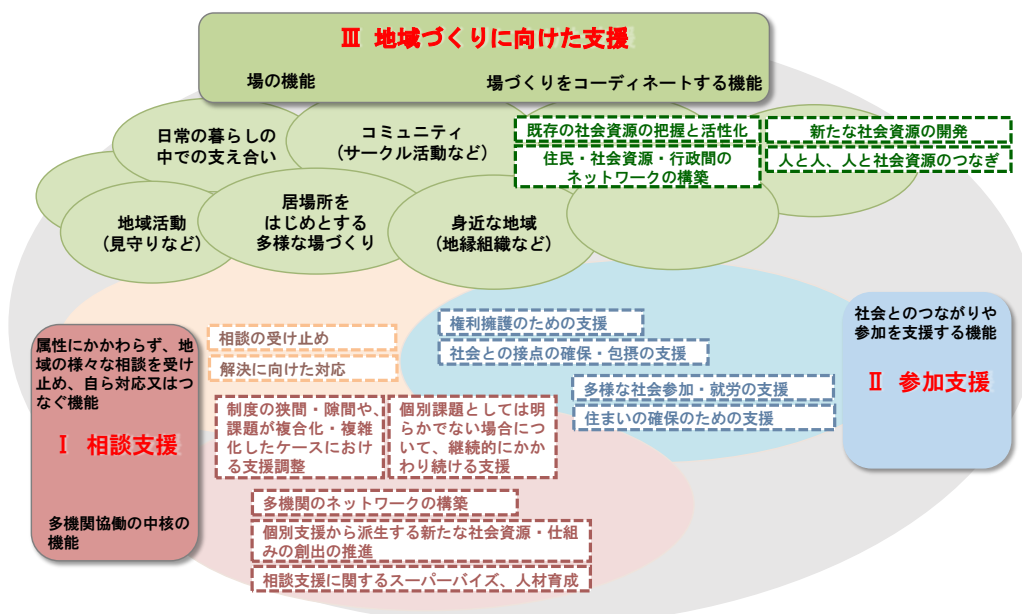
高齢者のみならず、障がい者や子ども、生活上の困難を抱える人などが、地域において自立した生活を送ることができるよう、福祉サービスの提供や事業者による「共生型サービス」への展開のほか、地域包括支援センターの機能拡大など、地域共生社会の実現に向けた包括的な支援体制について、関係部局との検討を進めていきます。

【地域共生社会の実現に向けた包括的支援において一体的に実施する3つの機能】



厚生労働省資料より

【地域共生社会の実現に向けた包括的支援において一体的に実施する3つの機能のイメージ】



厚生労働省資料より

1. 身近な相談支援の充実

第4期山江村地域福祉計画において、身近な相談支援の充実に向けて以下の取り組みが示されており、本計画においてもその内容を踏襲した取り組みを推進していきます。

公助（行政が取り組むこと）

- 地域において相談支援に携わる人たちに対し研修の機会をつくり、相談支援体制の充実を図ります。
- 民生委員・児童委員などによる相談事業について、周知及び支援の充実を図ります。
- 相談支援が、住民にとってより身近なものになるよう、地域へ出向き、相談に応じながら、福祉に関する支援の利用につないでいくアウトリーチ型の支援を進めます。

互助・共助（地域や団体が取り組むこと）

- 区長や民生委員・児童委員、母子保健推進員などによる相談活動の活性化とともに、お互いの協力関係を強化します。
- 相談支援に携わる人たちは、日頃から地域において信頼関係を築き、相談しやすい雰囲気づくりを心がけるなど、住民にとって気軽に相談できる存在となるよう努めます。

自助（自分や家族が取り組むこと）

- 本人や家族の悩みをひとりで抱え込まず、地域の相談支援に携わる人たちに気軽に相談します。

2. 公的な相談支援の充実

第4期山江村地域福祉計画において、公的な相談支援の充実に向けて以下の取り組みが示されており、本計画においてもその内容を踏襲した取り組みを推進していきます。

公助（行政が取り組むこと）

- 福祉保健センター「健康の駅」を活用し、子育てサロンを実施し、保護者の交流の場や育児不安の解消など、育児支援の充実を図ります。
- 高齢者福祉に関する相談支援を充実させるため、地域包括支援センターの多職種がチームとして連携し、介護保険サービスやインフォーマルサービスを含めた地域の社会資源、関係機関とのネットワークを活用しながら、横断的・多面的な援助を行います。
- 障がいのある人を対象とした相談支援事業の充実を図ります。
- 子育ての多様化するニーズに対応するため、子育て支援員や保健師、栄養士が連携し、保護者の不安や悩みに迅速に対応できるよう、訪問活動の充実を図ります。
- 通いの場や認知症カフェ、介護予防事業などを通じて、高齢者が気軽に相談や語り合いができる体制の充実を図ります。
- 地域で自立した生活が確保できるよう、相談支援や見守りを行い、生活困窮者の状況の把握に努めます。
- 低所得者やひとり親家庭などの生活困窮者に対して、熊本県や関連機関と連携し、必要な情報の共有や適切な支援を進めていきます。
- 生活困窮者を早期に把握し、地域での見守り体制を構築するため、社会福祉協議会や民生委員・児童委員などと連携しての相談体制や、地域住民とのネットワークづくりに取り組みます。

互助・共助（地域や団体が取り組むこと）

- 専門的な相談支援が必要な人について、適切に行政機関へつなぎます。
- 各種相談窓口の活用を呼びかけます。

自助（自分や家族が取り組むこと）

- 広報紙やホームページ、ケーブルテレビなどを利用して、相談窓口に関する情報を収集します。
- 本人や家族だけで悩みを抱え込まず、積極的に行政の相談窓口を利用するよう心がけます。

第2節 高齢者の安全な住まいと移動手段の確保

地域包括ケアシステムの構築にあたって、高齢者の住まいや居住環境の整備は中核となる取り組みとなります。高齢者の住まいの確保に関しては、熊本県高齢者居住安定確保計画に沿って、県との連携を図りながら推進していきます。

高齢者が、可能な限り住み慣れた自宅や地域で安心して暮らせるための環境を整備するため、関係機関等との連携を図るとともに、本村の実情に即した地域包括ケアシステムの構築に取り組みます。

1. 公営住宅におけるユニバーサルデザイン化等の推進

既設の公営住宅の改善を行う場合は、必要に応じてユニバーサルデザイン化や高齢者の生活を支援する機能の充実を図ることとします。公営住宅の新設を検討する場合には、社会福祉施設の併設に向けて、構想段階から地域住民の意見を取り入れる機会を設け、高齢者が安心して生活できるような環境整備を推進します。

2. 住まいのバリアフリー化の促進

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理解を深めるための啓発・広報に取り組みます。

本村では、自宅の手すり設置や段差解消など、介護保険サービスの住宅改修と同等のサービスを「高齢者自立支援住宅改修」として介護予防・生活支援サービスの枠組みで実施しており、上限額の範囲であれば、要介護（要支援）認定を受けることなく自宅の環境整備ができる仕組みを作っています。

また、社会福祉協議会が実施している介護用品の無料貸し出しについては、支援が必要な人に周知を図っていくと同時に、不要になった介護用品を譲って頂ける人の情報提供を呼び掛けていきます。

3. 高齢者の住まいに関する情報提供等の充実

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

第3節 高齢者福祉事業の提供

高齢者の在宅サービスとして、一人ひとりの状況に応じた在宅生活を送ることができるよう、以下のサービスを提供していきます。

事業名	事業内容
生きがい対応型デイサービス	65歳以上の高齢者を対象に、やまえ温泉「ほたる」にて、健康チェック後、入浴・体操・各種生きがい活動等を行い、閉じこもりの予防を図る事業です。
高齢者地域見守りネットワーク事業	地域のひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯等の見守りが必要と思われる世帯に対して、見守りや声かけによる安否確認を行い、緊急時には病院や警察・消防等、関係機関への連絡を行います。
寝具洗濯乾燥消毒サービス	寝具の洗濯や乾燥消毒の支援を行います。利用については原則月1回としています。
軽度生活支援サービス	日常生活に関する援助を実施することで、高齢者の自立を促します。利用については原則週2回としています。
外出支援サービス	村が指定するタクシーで、医療機関・金融機関・買い物等の送迎を行います。
訪問理美容サービス事業	在宅での生活支援を目的に、年間3枚の利用券を交付し、理美容事業者による散髪、シャンプー・カット等のサービスを行っています。
在宅老人緊急通報装置貸与事業	ひとり暮らしの高齢者に対して、緊急通報装置（電話機）を貸与し、緊急的に迅速かつ適切な対応を図ります。
高齢者住宅改造助成事業	県が指定する条件を満たす対象者に、在宅での自立促進、寝たきり防止及び介護者の負担軽減を図ることを目的に、改造する際の経費を助成します。
家族介護継続支援事業	要介護4以上と判定された非課税世帯の在宅の高齢者を介護する家族等に対して、年額10万円を限度に介護用品（紙オムツ等）に係る経費を助成しています。
家族介護手当支給事業	要介護3以上と判定された高齢者を月20日以上在宅で介護する家族等に対して、月額1万円を慰労金として支給しています。
配食サービス	傷病等が理由で買い物や調理が困難な65歳以上の高齢者世帯を対象に、社会福祉協議会への配達業務委託にて配食サービスを実施しています。提供開始時にはBMIの測定を行い、低栄養が疑われる人（BMI値18.5以下）には「たっしゅか弁当サービス」での配食（→各論第2章に詳細記載）に切り替えを行っています。
高齢者自立支援住宅改修事業	総合事業対象者に、改修費用5万円を上限として、手すりの設置や段差解消などの住宅改修費の給付を行う事業です。（自己負担10～30%）

第4節 生活支援サービスの推進と高齢者の見守りネットワークの構築

1. 生活支援体制整備事業の推進

生活支援体制整備事業とは、高齢者の日常生活上の支援体制の充実・強化及び社会参加の推進を一体的に取り組むための事業です。在宅生活を支える福祉施策の推進には、生活支援体制整備事業の活用等により、市町村を中心とした支援体制の充実強化を図り、地域全体で多様な主体によるサービス提供を推進していくことが重要となります。

このためには、以下の6つのプロセスが必要とされています。

- ①地域のニーズと資源の状況の見える化、問題提起
- ②地縁組織等多様な主体への協力依頼等の働きかけ
- ③関係者のネットワーク化
- ④目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一
- ⑤生活支援の担い手の養成やサービスの開発
- ⑥ニーズとサービスのマッチング

本村では、地域の課題を把握し、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能の役割を果たす生活支援コーディネーターを地域包括支援センターに配置しています。地域課題や支え合いの体制づくりを検討する協議体と連携し、生活支援体制の整備を進めていきます。公民館等の地域の身近な場所が、高齢者の主体的な取り組みによる介護予防の場となるよう、生活支援コーディネーターを中心に検討を進めていきます。

また、通いの場の立ち上げにあたっては、協議体で地域のリハビリテーション専門職や介護予防サポーターの関わり、一般介護予防事業としての支援や補助の方策について検討していきます。

生活支援・介護予防サービスの提供主体等が参画する協議体は、第8期計画においては新型コロナウイルスの影響もあり、定期的な開催が困難な時期がありましたが、今後も定期的な情報共有・連携強化を図っていきます。

今後は、より村独自の取り組みを展開していくため、地域ケア会議とあわせて協議体での課題の検討方法や参加者についても見直しを行い、うまく機能していくよう調整を行います。

2. 高齢者の見守りネットワークの構築

人吉球磨圏域では「人吉球磨地域高齢者徘徊SOSネットワーク」として、高齢者が行方不明になった時に速やかに発見・保護する仕組みを構築していますが、ネットワークに漏れている人が発生しないよう、地域住民や民生委員、ケアマネジャー等との情報共有に取り組んでいます。

今後は、認知症の人の徘徊行動を想定した徘徊模擬訓練の実施を検討し、訓練を通じた地域住民の認知症への正しい理解の普及、地域でのつながりの強化、高齢者や認知症の人を地域で見守る大切さを学ぶ機会の創出が図れるよう努めます。

認知症高齢者の日常的な見守りについては、民生委員による訪問活動の充実を支援していくほか、本村の認知症サポーターを活用した見守り活動も実施しています。

また、独居世帯や高齢者世帯等への見守りや声かけ等による安否確認、公的サービスへの結びつけなどの体制をつくり、誰もが安心して暮らしていくことができる地域づくりをめざすため、平成19年度より社会福祉協議会が事務局となり順次立ち上げ、平成24年2月から全16行政区で「山江村地域見守りネットワーク」活動を実施しています。

【山江村地域見守りネットワーク】

■ 対象世帯

65歳以上のひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯、障がいのある人がいる世帯等、見守りが必要と思われる世帯

■ 見守り協力員

各行政区で見守り対象世帯を定め、近隣の住民が協力員として活動している。協力員の定例会には、各区長、民生委員・児童委員も参加協力している。

■ 活動内容

安否確認のための見守りや声かけ等を行う。また、定期的な会議を開き、状況の報告や確認等を行っている。(第4期山江村地域福祉計画より)

行政区	見守り協力員数 (人)	対象世帯数 (世帯)
第1区	9	9
第2区	10	16
第3区	10	10
第4区	10	24
第5区	3	10
第6区	7	6
第7区	11	17
第8区	10	16
第9区	18	25
第10区	15	13
第11区	10	14
第12区	7	12
第13区	19	11
第14区	13	7
第15区	11	9
第16区	4	5
合計	167	204

令和5年12月時点

第5節 防災・防犯と感染症対策の推進

1. 防災・災害時避難体制の強化

山江村地域版防災マップ作成計画に即して、令和元年度までに全16行政区の総合防災マップを作成しましたが、令和2年7月の豪雨災害を受けて、令和4年度から新たな危険個所などを反映させた防災マップの作成・配布を行っています。マップには、避難場所や福祉避難所を記載するだけでなく、災害時に土砂災害や浸水が予想される場所や、避難する際のポイント、非常時に備えた準備、心肺蘇生の手順等を記載しています。今後は、マップを活用した危険個所の確認や避難経路の記載を促進し、防災対策の一層の強化・推進を図っていきます。

また、本村では災害時要援護者支援計画を策定しています。この計画は、山江村地域防災計画に基づき、地震、風水害その他の災害が発生した場合における災害時要援護者の避難の支援に関する必要な事項を定め、要援護者の避難の的確かつ迅速な実施を図るものです。災害時要援護者については、安全な場所への避難行動や避難場所での生活に大きな困難が生じることが予想されます。

災害時には、要援護者の支援を的確かつ迅速に実施するとともに、普段から区長や民生委員、居宅介護事業所職員等の関係者との連携を強化し、要援護者名簿登録に漏れがないように取り組むとともに、山江村地域版防災マップを活用した危険箇所の確認や避難経路の記載を促進し、防災対策の一層の強化・推進を図っていきます。

2. 高齢者の交通安全対策の推進と防犯・消費者保護体制の充実

高齢者の交通安全対策については、各地区の自主的な取り組みを推進するとともに、交通安全意識や交通マナーの向上を図るため、警察や交通安全協会と連携して各地区における交通安全指導などに取り組んでいきます。

また、近年、高齢者を狙った特殊詐欺や悪徳商法の被害が拡大しています。相談業務や広報紙等を通じて、高齢者やその家族、高齢者の周りの人への啓発を図るとともに、民生委員や区長等へこれらの情報提供を行います。

3. 感染症対策の推進

令和5年5月の新型コロナウイルス感染症の5類感染症への変更に伴い、本村では基本的な感染症対策についての今後の考え方や村での対応方法を定め、周知を図っています。

また、令和3年には災害発生時の避難所運営マニュアルへ避難所における感染防止対策についての明記を行い、国・県のガイドラインを参考にした感染対策を講じた避難所内のレイアウトや衛生管理チェックリストなどを示して運用しています。

今後も引き続き、感染症の状況に応じた村としての対応を図るとともに、関係機関や村内の介護事業所等と連携し、必要に応じて感染症発生時の訓練の実施や感染拡大防止策の周知啓発、感染症発生時に備えた平時からの事前準備、感染症発生時の代替サービスの確保に向けた連携体制の構築等の体制づくりに努めます。

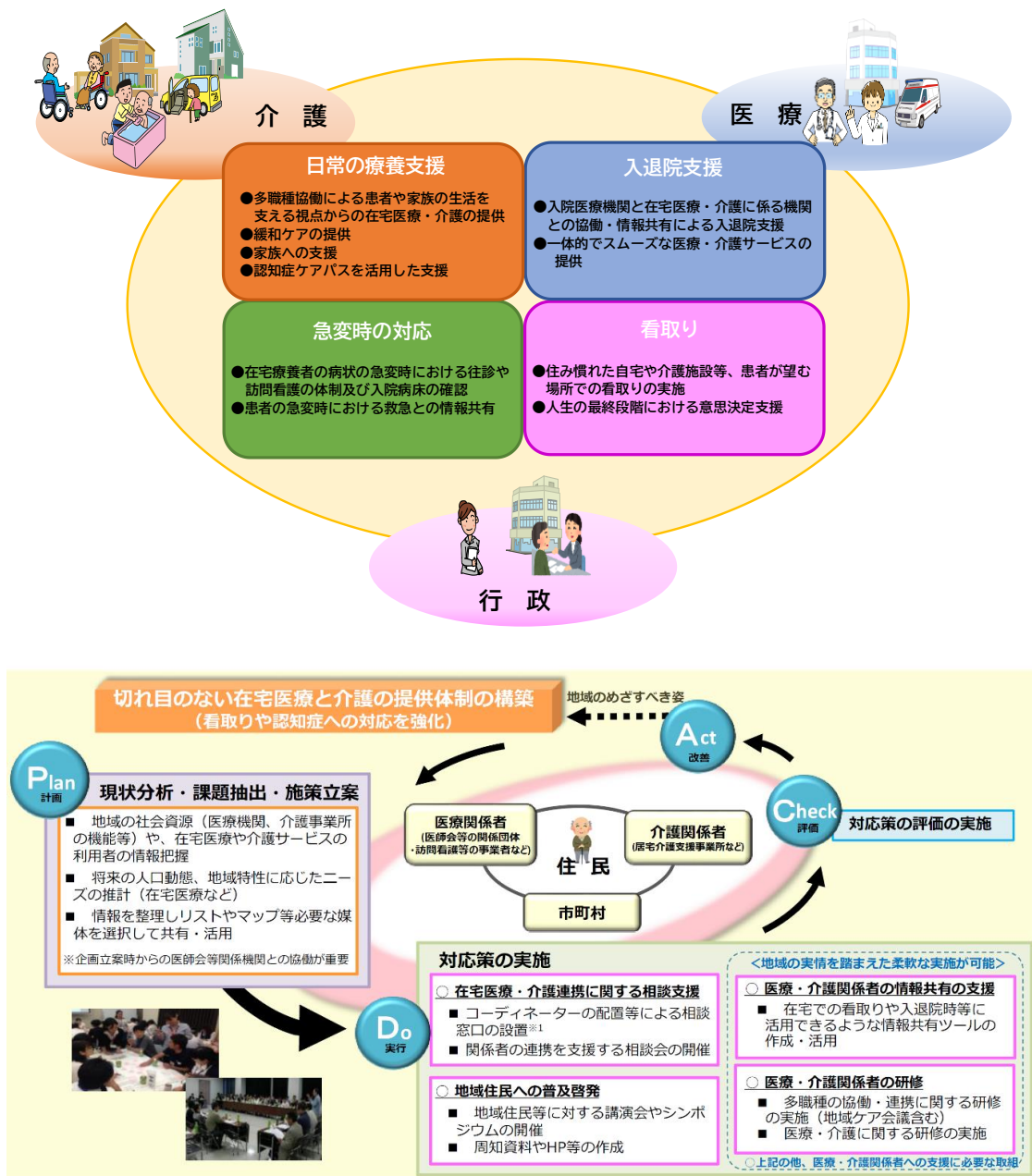
第6節 在宅医療・介護連携の推進

1. 在宅医療・介護連携のPDCAサイクルの構築

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、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、切れ目のない提供体制の構築に取り組みます。

在宅医療・介護連携推進事業においては、高齢者のライフサイクルを意識したうえで、医療と介護の連携した対応が求められる4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）それぞれに即したPDCAサイクルを構築していく必要があります。今後も関係各機関・関係団体との役割分担のもと、包括的かつ継続的な在宅医療と介護の一体的な提供体制を整備します。

【在宅医療の4場面別の連携のイメージ（上）と在宅医療・介護連携事業のPDCAサイクルのイメージ（下）】



厚生労働省資料より

在宅医療・介護連携事業	内 容
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	人吉球磨医療介護事業ガイドのホームページに、人吉球磨圏域内の医療機関、介護事業所等の情報を取りまとめ、地域の医療・介護関係者と共有し、活用していきます。
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	地域ケア会議や認知症初期集中支援チーム員会議等を活用し、協議を行っていきます。また地域の医療・介護関係者等が参画する会議を行い、課題を把握し対応策等を検討していきます。
(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進	地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、在宅医療と在宅介護が切れ目なく一体的に提供される連携・協働の体制づくりに向けて、人吉球磨圏域で必要な取り組みや支援内容を検討していきます。
(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シートを活用するとともに、引き続き情報共有ツールの検討を行っていきます。情報共有シートについては、地域包括支援センターやケアマネジャー等、関係機関へ周知を行います。あわせて、山江村地域包括支援センターの「くまもとメディカルネットワーク」を活用できるよう準備を進めていきます。
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	地域包括支援センターが窓口となり、相談に応じていきます。地域の在宅医療と介護の関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談対応や、退院時の地域の医療・介護関係者と連携・調整を行っていきます。
(カ) 医療・介護関係者の研修	人吉球磨圏域内の専門職向けの研修会を開催します。また、それぞれの専門職や各種団体が開催する研修会の情報提供を行っていきます。
(キ) 地域住民への普及・啓発	『広報やまえ』を活用し、人吉球磨地域の在宅医療・介護に関する情報提供や地域住民の在宅医療・介護連携並びに終末期ケアの在り方や在宅での看取り等の理解の促進を図ります。また、圏域全体では啓発検討部会により、圏域で統一した記事の掲載や医療・介護連携に関する情報の周知等を行っていきます。
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携	人吉球磨 10 市町村による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ていきます。

2. 多職種連携体制づくりの推進

高齢化の進む本村では、人生の最期を住み慣れた自宅で過ごしたいという高齢者の願いを、高齢者自身だけでなくその家族、地域や関係機関が一体となって考えることが重要となっています。

地域医療の充実には人吉球磨圏域全体で力を入れており、県、郡市医師会、医療機関、居宅介護支援専門員協会等との連携により、在宅医療介護連携体制の充実を図っています。

また、一般介護予防事業の地域リハビリテーション活動支援事業において、地域ケア会議へのリハビリテーション専門職の配置などの取り組みからも、より効果的な医療と介護の連携における多職種連携体制づくりを推進しています。

3. 在宅医療・介護連携の普及・啓発の推進

令和4年度に実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査において、自分の人生の最終段階について「家族と話し合ったことがある」と答えた方は36.1%、「話し合ったことがない」と答えた方は53.0%という結果でした。

今後は、ケアマネジャー連絡会など村内の専門職が集まる機会を通じたACP（アドバンス・ケア・プランニング）や看取りに関する勉強会や研修・講演会等の実施、広報紙等を活用した周知など、村として行える取り組みを検討し、実際に在宅医療・介護に関わる従事者だけでなく、より多くの村民が、人生の最終段階の過ごし方の選択肢を知り、自分がどう過ごしたいかを考える機会の創出が図れるよう在宅医療・介護の普及・啓発を推進します。

4. くまもとメディカルネットワークを活用した在宅医療と介護の促進

医療と介護連携を推進するにあたっては、ICT（情報通信技術）の活用が有効です。熊本県においては、熊本県医師会をはじめ、県、関係団体が連携のもと、ICTを活用し、県内の病院、診療所、薬局、地域包括支援センター、介護関係施設等をネットワークで結び、診療情報等の迅速な共有や、医療と介護の切れ目のない連携を図ることを目的として、「くまもとメディカルネットワーク[※]」が平成27年12月から開始されています。病院、診療所、薬局、介護関係施設には、ICTを活用することで、水害時には紙情報の消失を防ぐことができ、その他災害時には迅速な情報共有を行うことができます。

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

今後も本村では「くまもとメディカルネットワーク」を活用し、在宅医療と介護の連携を強化していきます。

また、保健・医療・福祉に関する地域資源の機能と役割分担や業務の連携状況を住民にわかりやすく整理し、情報提供や普及・啓発を図ります。

[※]くまもとメディカルネットワーク：利用施設（病院・診療所・歯科診療所・薬局・訪問看護ステーション・介護施設等）をネットワークで結び、参加者（患者）の診療・調剤・介護に必要な情報を共有し、医療・介護サービスに活かすシステムです。

第7節 高齢者虐待の防止

高齢者虐待の相談・通報窓口、事実確認、適切な措置等については、自治体が担うこととなっています。本村においても、地域包括支援センターに相談・通報窓口を設置し、広報紙を活用して窓口の周知を行っています。また、高齢者虐待防止及び対応について、庁内及び各種関係機関、地域のさまざまな関係者との連携強化に取り組んでいます。

今後も、高齢者虐待の取り組みについては、村で作成しているマニュアルに沿って適切に推進していきます。

1. 高齢者虐待防止に関する啓発の充実

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

高齢者虐待は大きく以下の2つに分けられます。

①養護者による高齢者虐待

養護者とは、「高齢者を現に養護する者であって養介護施設従事者等以外の者」とされており、高齢者の世話をしている家族、親族、同居人等が該当します。

②養介護施設従事者等による高齢者虐待

養介護施設従事者等とは、老人福祉法および介護保険法に規定する「養介護施設」又は「養介護事業」の業務に従事する職員が該当します。

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

本村では、独自の啓発用のパンフレットを作成しており、65歳到達時や、ケアマネジャーの研修の際などに配布を行っています。今後もさまざまな機会を通じて普及・啓発に努めます。

【高齢者虐待の類型】

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

2. 虐待防止機能の強化

高齢者虐待を早期に発見し、問題の深刻化を防ぐためには、近隣住民をはじめ地域の民生委員や自治会等の地域組織、介護保険サービス事業者等、高齢者を取り巻くさまざま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、警察、社会福祉協議会、民生委員等との連携を強化し、関係機関とのネットワークの整備を行うことで、高齢者虐待の早期発見・支援体制を整備するとともに、高齢者虐待に関する情報の共有化に努めます。

3. 虐待への対応

通報や届出等により虐待を受けている、もしくは虐待を受けている可能性がある高齢者の安全確認及び事実確認の調査を実施していきます。また、虐待に関する対応力の向上を図るため、関係機関との連携を強化することで、虐待ケースに対してあらゆる面からの解決を図ります。

また、虐待が発生した場合の対応にあたっては、個別ケース会議において支援方針を決定し、必要に応じて保護の措置を講じるなどの緊急的な対応を図ります。

なお、認知症高齢者等は虐待を受けるリスクが高いことから、必要に応じて認知症に関する各種施策との連携や成年後見制度の活用を促進していきます。



第4章 地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保・介護サービスの質の向上

第1節 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

本村は地域包括支援センターを直営で実施していることから、各担当者が随時ミーティングを行うことで、業務状況等を確認しています。

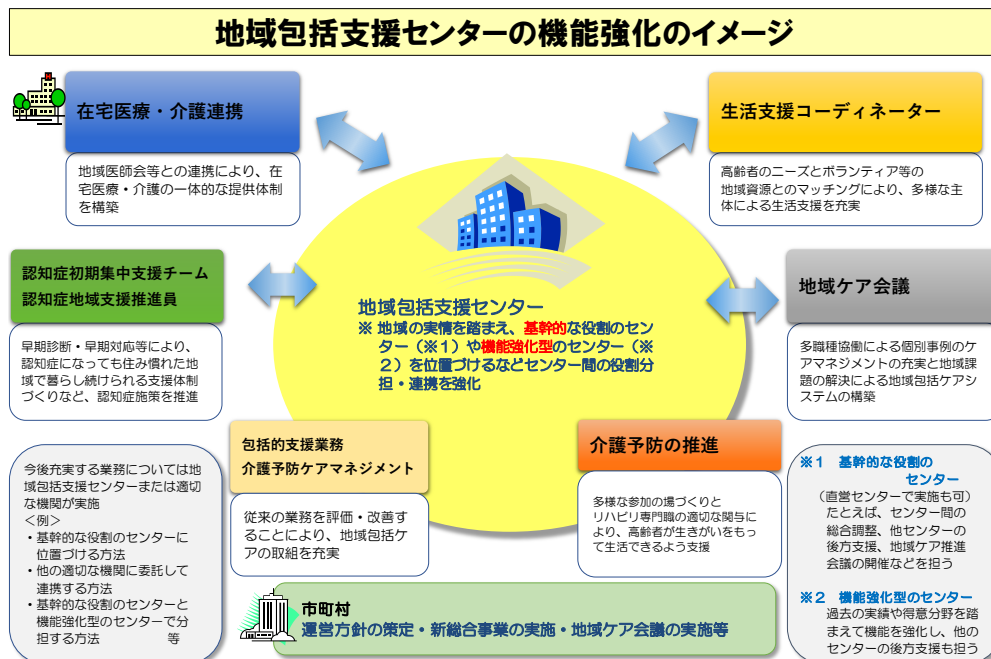
地域包括支援センターの公正及び中立性を確保し、円滑かつ適正な運営を図るため、山江村地域包括支援センター運営協議会を開催し、定期的に報告を行っていきます。

運営協議会では、地域包括支援センターの活動方針や業務実績、職員体制、地域包括ケアの推進状況等について、評価指標を用いた報告を行い、評価・点検していただきます。

今後も地域包括支援センターが地域の関係機関等と連携しながら、高齢者やその家族等を取り巻くさまざまな相談や潜在的ニーズ、地域の課題等に対して適切に支援を行うとともに、必要に応じて専門機関等へつなげて解決を図っていく体制を整えます。

地域ケア会議、在宅医療介護と連携した体制づくりに加え、認知症対策や介護予防・日常生活支援総合事業の推進に関する業務等に対応していくうえで、地域包括支援センターの機能強化が必要不可欠となってきます。地域包括ケアシステムを構築するうえで、中核的な役割を担う機関であることから、主任ケアマネジャー・保健師・社会福祉士等の必須職種や認知症地域支援推進員、生活支援コーディネーター等の専門職の継続確保に取り組んでいきます。

同時に、地域包括支援センターの評価については、山江村地域包括支援センター運営協議会の評価を踏まえ、業務の状況や業務量を把握し、評価・点検を行い、必要な人員体制の充実や予算確保について客観的な評価検討を行っていきます。



厚生労働省資料より

2. 包括的支援事業の推進

(1) 総合相談支援業務

地域包括支援センターが行う総合相談支援事業は、地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことを目的としており、支援が必要な高齢者に対して、介護保険サービスだけでなく、地域のさまざまな社会資源を活用した支援を提供していく必要があります。

本村では、地域包括支援センターに総合相談窓口があることを知らない高齢者がまだまだ多く、センターとあわせてさらなる周知を図っていきます。相談に対する支援にあたっては、地域包括支援センターの多職種がチームとして連携し、介護保険サービスやインフォーマルサービスを含めた地域の社会資源、関係機関とのネットワークを活用しながら、横断的・多面的な援助を行います。

(2) 権利擁護業務

近年、高齢者虐待に対する相談や通報は全国的に増加傾向にあります。

地域包括支援センターでは「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づき、虐待の事例を把握した場合には、速やかに当該高齢者を訪問して状況を確認し、事例に即した適切な対応を行っていますが、今後も、虐待対応に関する知識や対応力の向上を図っていきます。

また、近年増加傾向にある消費者被害を防止するため、福祉係や消費生活センターと連携し、民生委員やケアマネジャー、訪問介護員等に対して必要な情報提供を行います。

(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業

① 包括的・継続的なケア体制の構築

在宅・施設を通じた地域における包括的・継続的なケアを実施するため、村内のケアマネジャーを中心に毎月開催する地域ケア会議で、情報交換を行っています。今後も、地域ケア会議や医療機関との多職種連携を促進することで、地域のケアマネジャーと関係機関の連携体制を構築していきます。

② 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

村内のケアマネジャーの質の向上を図るため、地域ケア会議での積極的な事例検討や情報交換、学習会等を行い、スキルアップを図ります。また、ケアマネジャー相互の情報交換等を行うネットワークの構築を検討していきます。

③ 日常的個別指導・相談

本村は、24 時間体制の対応や見守り、認知症に対する支援等、インフォーマルを含めて不足しているサービスがあり、困難事例も多いことから、ケアマネジャーからの相談に応じる体制の構築に取り組みます。また、ケアプラン点検の内容をフィードバックしていくことで、要介護認定者の自立支援に向けたプラン作成の支援を行っていきます。

④支援困難事例への指導

地域のケアマネジャーが抱える支援困難事例については、地域ケア会議による事例検討を行っていくほか、地域包括支援センターの主任ケアマネジャーが中心となって支援方針を検討し、指導を行っていきます。

(4) 介護予防ケアマネジメント業務

介護予防・日常生活支援総合事業の開始により、自立支援に向けたケアマネジメントの重要性がますます高まっています。

地域包括支援センターにおいて、自立支援型ケアマネジメントの考え方に基づき、総合事業対象者・要支援1・要支援2認定者の介護予防ケアプランを作成していきます。

3. 包括的支援事業（社会保障充実分）の推進

(1) 在宅医療・介護連携推進事業

人吉球磨10市町村が一体となり取り組んでおり、今後も医師会や歯科医師会等の関係団体及び関係市町村との連携強化を図ります。関係団体との役割分担のもと、在宅医療・介護連携推進事業の推進を図ることで、包括的かつ継続的な在宅医療と介護の一体的な提供体制を整備していきます。（→各論第3章-第6節に詳細記載）

(2) 生活支援体制整備事業

地域包括支援センターに配置している生活支援コーディネーターが中心となり、生活支援・介護予防サービスの提供主体等が参画する協議体のネットワークを活かし、地域全体で高齢者を支える体制づくりを進めます。（→各論第3章-第4節に詳細記載）

(3) 認知症初期集中支援推進事業

認知症の人やその家族に早期にかかわることを目的に、複数の専門職からなる認知症初期集中支援チームを立ち上げています。認知症の状態に応じて必要なサービスが適切に提供されるように、医療機関や介護サービス、地域の支援機関との連携支援や、本人やその家族への相談業務等を行っていきます。（→各論第2章-第3節に詳細記載）

(4) 認知症地域支援・ケア向上事業

認知症の人やその家族が、状況に応じて必要な医療や介護等のサービスを受けることができるよう、認知症地域支援推進員が中心となって、認知症に関する医療・介護等の連携強化、地域における支援体制の構築、認知症ケアの向上に取り組んでいきます。

(5) 地域ケア会議推進事業

地域ケア会議では、村内事業所のケアマネジャー、リハビリテーション専門職、薬剤師、県保健所職員等が参加し、個別ケースの検討・地域課題の抽出を行っていますが、本村には介護保険サービスやインフォーマルサービス（公的制度外のサービス）の社会資源が少なく、介護人材の不足等が課題として挙げられています。

地域ケア会議を充実することは、本村の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。

今後も毎月1回地域ケア会議を開催し、ケースに応じて認知症サポート医や村外の多職種の参画にも取り組んでいきます。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合いの推進に向けた検討を行っていきます。

地域ケア会議	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
開催回数（回）	10	11	6	12	12	12
事例検討数（件）	10	10	6	11	11	11

【地域ケア会議の5つの機能】

	機能	概要
1	個別課題の解決	多職種が協働して個別ケースの支援内容を検討することによって、高齢者の課題解決を支援するとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める機能
2	地域包括支援ネットワークの構築	高齢者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関等の相互の連携を高め地域包括支援ネットワークを構築する機能
3	地域課題の発見	個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を浮き彫りにする機能
4	地域づくり資源開発	インフォーマルサービスや地域の見守りネットワーク等、地域で必要な資源を開発する機能
5	政策の形成	地域に必要な取り組みを明らかにし、政策を立案・提言していく機能

【個別事例検討をきっかけとした地域づくりのイメージ】

個別ケースの発見・相談

地域包括支援センター

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

地域ケア会議の開催



社会資源の整理・地域課題の把握

施策検討・地域づくり

4. 任意事業の推進

(1) 介護給付費等適正化事業

介護給付の適正化を図り、より適切な介護サービスを確保するとともに、不適切な給付が削減されることで、介護保険制度の信頼感を高め、持続可能な介護保険制度となるよう、必要な予算の確保を行っていきます。(→本章-第2節に詳細記載)

(2) 家族介護支援事業

① ほのぼの会

(→各論第2章-第3節に詳細記載)

② 認知症対応型共同生活介護事業所の家賃等助成事業

認知症対応型共同生活介護を利用する低所得者の経済的負担を軽減することを目的として、家賃、食材料費及び光熱費の費用負担が困難な低所得者に対して利用者負担の軽減を行っている事業者を対象に助成を行っています。

(3) その他の事業

成年後見制度利用支援事業

(→各論第2章-第4節に詳細記載)



第2節 保険者機能の強化

高齢者の自立支援や重度化防止の取り組みを推進するためには、地域マネジメントによるPDCAサイクルを活用し、保険者機能を強化していくことが重要となります。

1. 介護給付の適正化に向けた取組の推進

利用者が安心して生活していくためには、質の高い介護保険サービスを適切に利用することのできる環境づくりが重要になります。

介護給付の適正化とは、介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要な過不足のないサービスを事業者が適切に提供するように促すことであり、適切なサービスの確保とその結果としての費用の効率化を通じて、介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築を図る取り組みです。

本村では、介護給付等費用適正化事業を継続的、安定的に実施することで、介護給付適正化、介護サービス事業者が提供するサービスの質の向上に努めています。本計画においても、国が定める指標だけでなく、県の定めた「熊本県介護給付適正化プログラム」での重点項目、KPI（評価指標）も参考にし、国が示す従来の介護給付等費用適正化事業主要5事業の再編の方向性に沿って、再編された主要3事業（要介護認定の適正化、ケアプラン等の点検、医療情報との突合・縦覧点検）のすべてにおいて取り組みを推進します。

（1）要介護認定の適正化（適正化主要3事業①）

要介護（要支援）認定は、介護保険法の定めにより、全国一律の基準に基づき行われています。適切な認定審査が行われるよう、認定調査員に対して国や県、広域で開催される研修会への参加を促進していきます。

また、ミーティングの開催、厚生労働省が提供する認定調査員向けのeラーニングシステムの活用を促進し、認定調査の適正化・平準化に向けた改善につなげていきます。

要介護認定の適正化	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
e-ラーニングシステムの登録と活用（%）	100	100	100	100	100	100
認定調査員研修会参加回数（回）	1	1	1	1	1	1

(2) ケアプラン等の点検（適正化主要3事業②）

①ケアプランの点検

居宅介護支援事業所のケアマネジャーが作成したケアプランが、ケアマネジメントのプロセスを踏まえた適切なケアマネジメントとなっているかを、課題整理総括表を活用して検証することで、要介護者の自立支援に向けたケアマネジャーの資質向上の支援を行っていきます。

また、地域ケア会議においても、多職種によるケアプランの点検を実施し、その結果を村内のケアマネジャーにフィードバックすることで、村内全体のケアマネジメントの質の向上を図ります。

さらに本計画においては、国保連合会の介護給付適正化システムより出力される給付実績の帳票のうち、効果が高いと見込まれる以下の帳票を活用し、受給者の自立支援に資する適切なケアプランになっているかという観点から対象事業所を絞り込んだうえで優先的に点検を実施します。

【ケアプラン点検において活用する国保連合会の帳票】

認定調査状況と利用サービス不一致一覧表	支給限度額一定割合超一覧表
---------------------	---------------

ケアプランの点検	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
国保連合会の帳票を活用した ケアプラン点検率 (%)	-	-	-	13	13	13

②住宅改修等の点検

利用者の実態に沿って適切な住宅改修が行われるよう、施工前の住宅改修費支給申請書、工事見積書及び施工後の改修箇所写真等の確認を行います。また、改修の内容が、利用者の重度化防止や自立支援に資するものであるか、また、その費用が適切であるかを点検していきます。

また、住宅改修の一部については、地域リハビリテーション広域支援センターのリハビリテーション専門職による点検に取り組んでいます。

今後は、これまで点検の体制が作られていない福祉用具貸与・購入の点検についても、リハビリテーション専門職の関与の仕組みも含めて検討を行います。

住宅改修等の点検	第8期計画の実績値			第9期計画の計画値		
	R3	R4	R5 (見込)	R6	R7	R8
リハビリテーション専門職による 住宅改修の施工前点検率 (%)	10	10	10	10	10	10

(3) 医療情報との突合・縦覧点検（適正化主要3事業③）

医療情報との突合・縦覧点検については、国保連に委託し、受給者の後期高齢者医療や国民健康保険の入院情報と介護保険の給付情報の突合を行っています。

今後も引き続き、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検を行うことで、医療と介護の重複請求の確認を行っていきます。また、縦覧点検では受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払状況（請求明細書内容）を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数等の点検を行うことで、請求内容の誤りなどを早期に発見して適切な処置を行っていきます。

本計画においては、国保連合会の帳票のうち点検による効果が高いと見込まれる以下の帳票を優先的に点検を行い、確認件数の拡大を図ります。

【縦覧点検において優先的に点検を行う国保連合会の帳票】

居宅介護支援請求におけるサービス実施状況一覧表（★）	入退所を繰り返す受給者縦覧一覧表
重複請求縦覧チェック一覧表（★）	居宅介護支援再請求等状況一覧表
算定期間回数制限縦覧チェック一覧表（★）	月途中要介護状態変更受給者一覧表
単独請求明細書における準受付審査チェック一覧表（★）	軽度の要介護者にかかる福祉用具貸与品目一覧表
要介護認定有効期間の半数を超える短期入所受給者一覧表	独自報酬算定事業所一覧表

※（★）は国が特に点検による効果が高いとする帳票

医療情報との突合・縦覧点検	第9期計画の計画値		
	R 6	R 7	R 8
医療情報突合の実施	全件点検	全件点検	全件点検
縦覧点検の実施	全件点検	全件点検	全件点検

※全件点検は全月実施ではなく出力された全月分の帳票の点検とする

2. 地域マネジメントの実施

今後の高齢者人口の減少を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進を図るためには、本村の実態や課題の分析、取り組みの評価を行いながら、基本理念の実現に向けて必要な見直しを行っていく必要があります。

地域包括支援センター運営協議会、地域ケア会議、サービス事業者協議会及び生活支援体制整備事業における協議体等の場を活用し、関係者間で本計画における取り組みの方向性や指標を共有するとともに、取り組み状況の把握を行っていくことで、地域全体で継続的な改善を図っていきます。

地域マネジメントを行ううえでは、地域包括ケア「見える化」システムを活用し、介護給付等の現状を分析していきます。

第3節 多様な介護人材の確保・定着や介護サービスの質の確保・向上

介護サービスを必要とする人が安心してサービスを受けられるよう、介護サービスの質の確保、向上を図るとともに、低所得者への支援に取り組みます。あわせて、要介護者の増加や介護保険料の上昇が見込まれる中、サービスを必要とする人を適切に認定したうえで、真に必要とするサービスが制度に従って適切に提供されるよう、介護給付の適正化に向けた取り組みを推進していきます。

また、本村の指導・監査の状況をはじめ、介護サービスに関するさまざまな情報を受け取ることができるよう、情報提供体制の充実に取り組みます。

介護サービスのニーズの拡大などに伴う介護の人材の確保については、多様な人材の参入促進等について検討を進めていきます。

1. 多様な介護人材の確保・定着に向けた取組の推進

介護人材の不足については、本村においても、生産年齢人口の減少から、中長期的な課題となっており、介護従事者の離職の要因等を把握し、対応策を検討するなど、人材の質と量の維持・向上を図り、介護ニーズの多様化に対応していくことも求められています。

今後は、元気な高齢者が生活支援・介護予防の担い手として参画していく仕組みづくりについて、介護予防・生活支援サービスの委託先と連携して取り組みを検討し、訪問介護等の専門職が必要な支援に専念することで介護人材確保を図る体制の構築を目指します。

また、介護現場等の労働環境や待遇の維持・改善、組織マネジメントの改善、生産性の向上、介護人材の裾野の拡大、介護人材や経営者のスキルアップ等の対策も重要となることから、処遇改善加算による賃金向上の促進や処遇の改善を行った事業所の独自の評価など、本村で取り組むことのできる対応策を検討していきます。また、国や県の取り組みに関する情報提供を行うなど、事業所との連携を図っていきます。さらに、村内の小・中学生が介護職の意義や魅力を知る機会の増加を検討し、長期的な人材確保を図っていきます。

官民の各種の研修や講習等の人材育成に対する支援策については、関係機関との情報交換や関係団体のネットワークの中で行っていきます。また、介護職員初任者研修に関する支援や、村外からの就労促進に関する支援について、検討を進めていきます。

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

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

2. 介護サービスの質の確保・向上に向けた取組の推進

介護サービスの質の確保・向上に向けて、利用者の適切な選択のもとで良質なサービスが提供されるよう、情報の公表の義務付け、サービスの専門性・生活環境の向上、事業者規制の見直しを行います。

また、ケアマネジメントについては、包括的・継続的マネジメントの推進、ケアマネジャーの資質・専門性の向上等、公正・中立の観点から随時見直しを行っていきます。

さらに、県との連携を図りながら、事業者研修、ユニットケア基礎研修、訪問介護員研修、介護支援専門員研修等、介護サービスの質の向上に関する研修・講習の情報提供に取り組みます。

3. 介護サービスの充実

高齢者が要介護状態になっても、住み慣れた地域、家庭で生活を維持するとともに、介護を理由とする離職等をゼロにするためには、介護保険サービスの充実を図っていく必要があります。居宅サービス、地域密着型サービスについては、サービスを必要とする人が、必要な時にいつでも利用できる環境づくりのため、今後も供給体制を確保するとともに、サービスの質の向上に取り組んでいきます。

4. 情報提供体制の充実

介護保険制度の仕組みや、介護保険サービスが村民に理解されるよう、ホームページや広報紙の活用、地域で開催する集会などの機会を通じて、周知・啓発に取り組んでいきます。

また、利用者が介護保険サービスの利用を選択する際、村内外の介護保険サービス事業者のサービス内容に関する情報を入手できるよう、国、県、事業者と連携して、介護サービス情報公表システムの充実に取り組みます。

さらに、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機器の活用などの取り組み事例をもとに、事業所への情報発信を行います。

5. 事業者の適切な指定、指導・監査の実施

地域密着型サービスの事業者指定にあたっては、利用者等が関与できる公平・公正で透明な仕組みを構築し、良質なサービスの提供に取り組むとともに、本計画に定める量を上回るサービスの供給については抑制を図っていきます。

今後は、事業所への適切な指導・監査を実施していくため、担当者が当該の研修等への参加の機会を通じて、知識の研鑽を図っていきます。

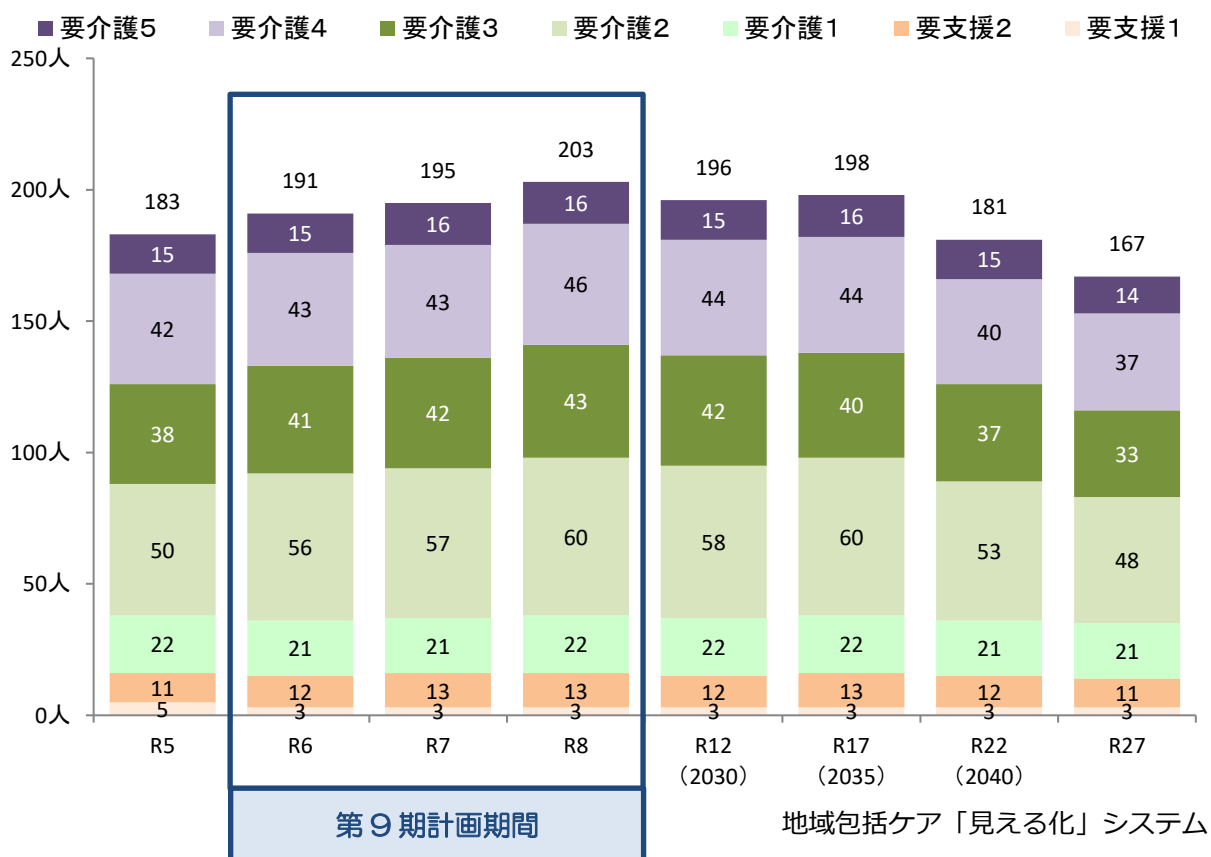
また、これまで以上に地域のケアマネジャーと積極的にかかわることで、高齢者のニーズを把握し、高齢者の自立支援に向けたケアマネジメントに対する理解を高めていきます。

第5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

本村の要介護（要支援）認定者数は、第9期計画期間（令和6年度～令和8年度）では、やや増加傾向に推移していく見込みです。高齢者人口は今後減少していく予測ですが、75歳以上の人口の増加に伴い、認定者数の増加と介護サービス量の増大及び介護保険料の上昇が懸念されます。

【要介護（要支援）認定者数・認定率の推移と将来推計】



2. 介護給付費等対象サービスの見込み

介護保険サービスについては、保険者として持続的な事業運営を図るとともに、被保険者個々の保険料負担の上に成立している制度として、公平で質の高いサービスを提供するための取り組みが求められています。

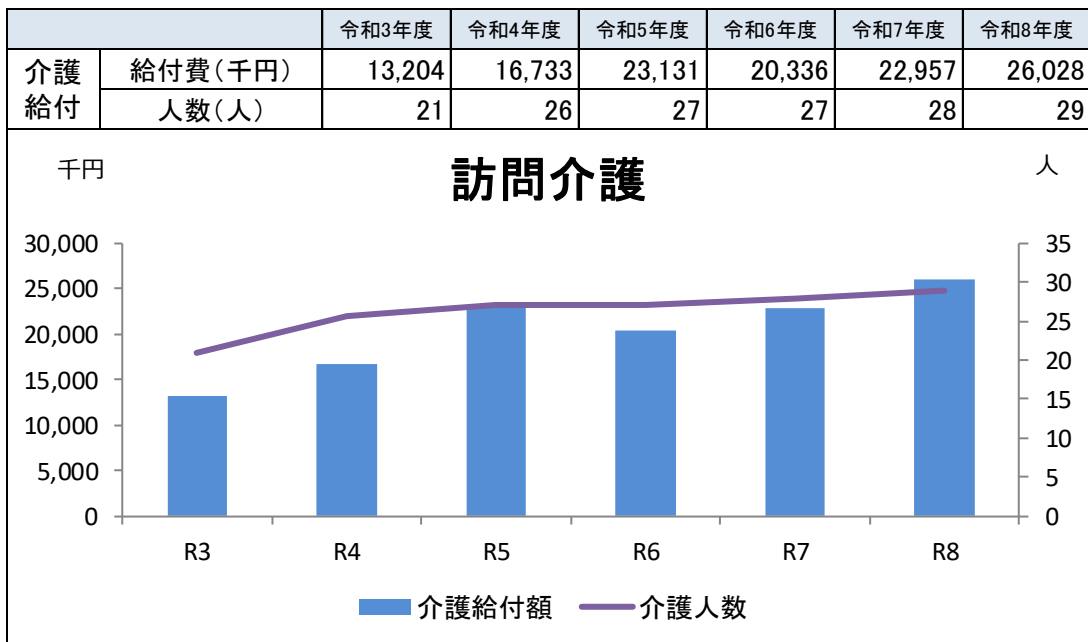
本章には、これまでの給付実績や村の現状、将来予測に関する各種のデータを用いて行った、第9期計画における介護保険サービスの事業量・事業費の推計とその確保策について示しています。

なお、ここで使用している介護保険サービスの事業量・事業費に関する各種データは、国が示した地域包括ケア「見える化」システムを用いて算出しており、令和5年度の事業量・事業費は「介護保険事業状況報告」令和5年11月の月報データを基に地域包括ケア「見える化」システムから推計された見込みの数値となっています。

(1) 在宅サービス

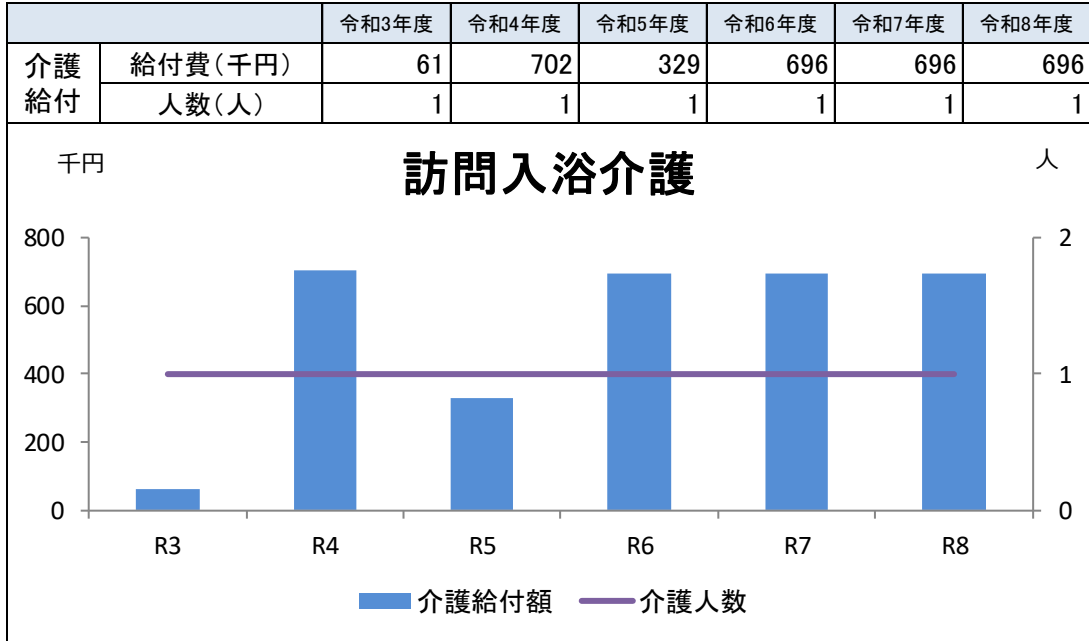
①訪問介護（ホームヘルプ）

ホームヘルパーが自宅を訪問して、食事・入浴・排泄等の介護や、家事等の日常生活の援助を行います。



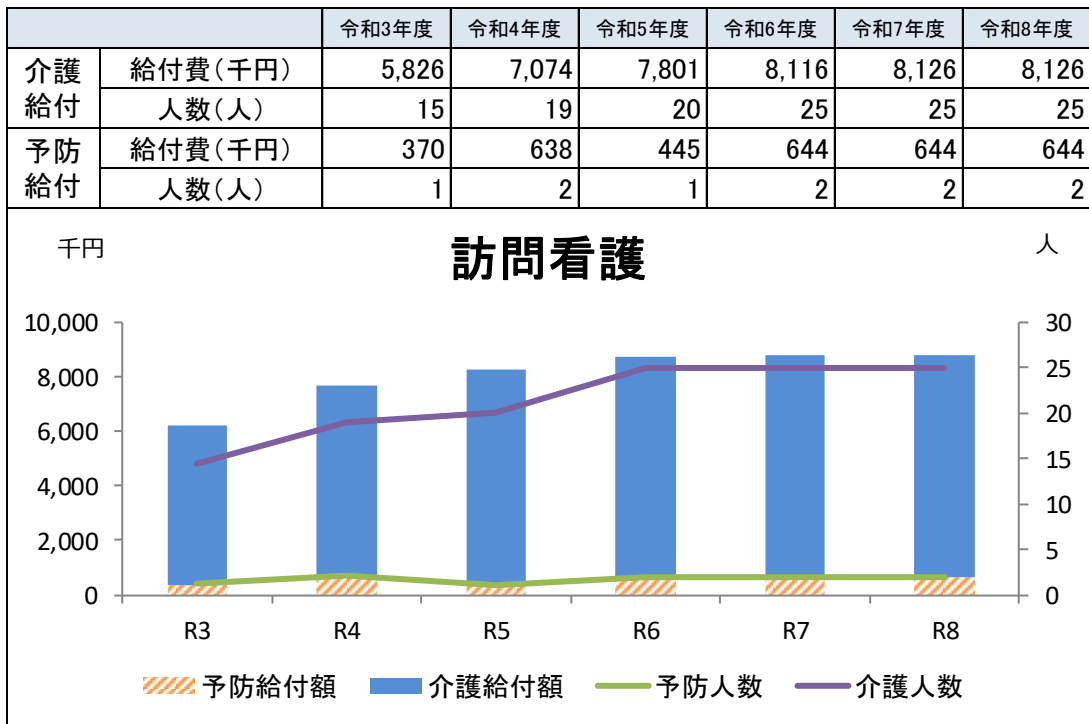
②訪問入浴介護

浴槽を積んだ入浴車等で自宅を訪問して、入浴の介助を行います。



③訪問看護・介護予防訪問看護

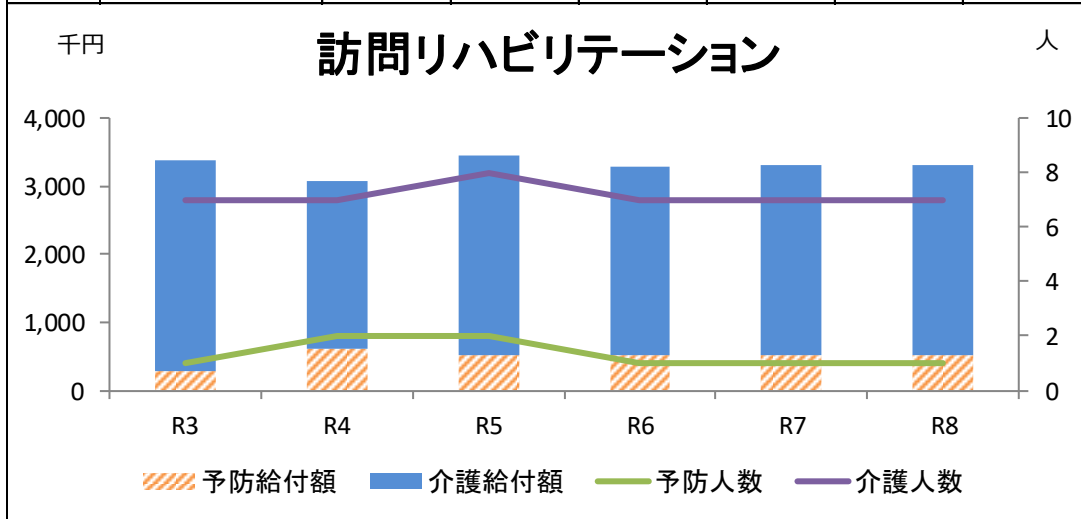
主治医の指示に基づいて看護師等が自宅を訪問して、療養上の支援を行います。



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）等が自宅を訪問して、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。

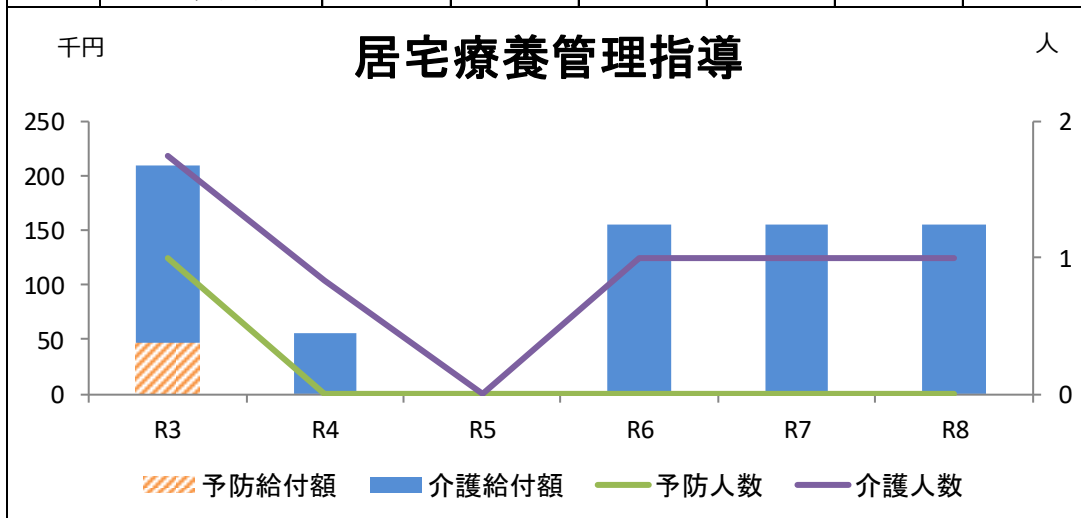
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	給付費(千円)	3,085	2,456	2,919	2,783	2,787	2,787
	人数(人)	7	7	8	7	7	7
予防 給付	給付費(千円)	288	620	527	512	513	513
	人数(人)	1	2	2	1	1	1



⑤居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

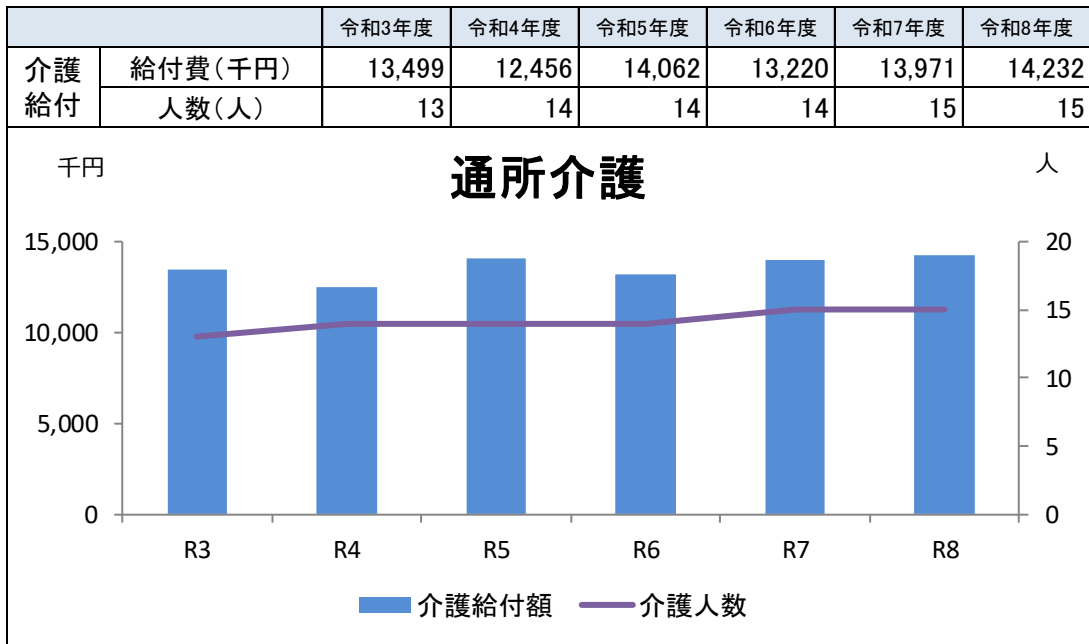
通院が困難な人に対し、医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士等が自宅を訪問して、療養上の指導を行います。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	給付費(千円)	163	56	0	156	156	156
	人数(人)	2	1	0	1	1	1
予防 給付	給付費(千円)	46	0	0	0	0	0
	人数(人)	1	0	0	0	0	0



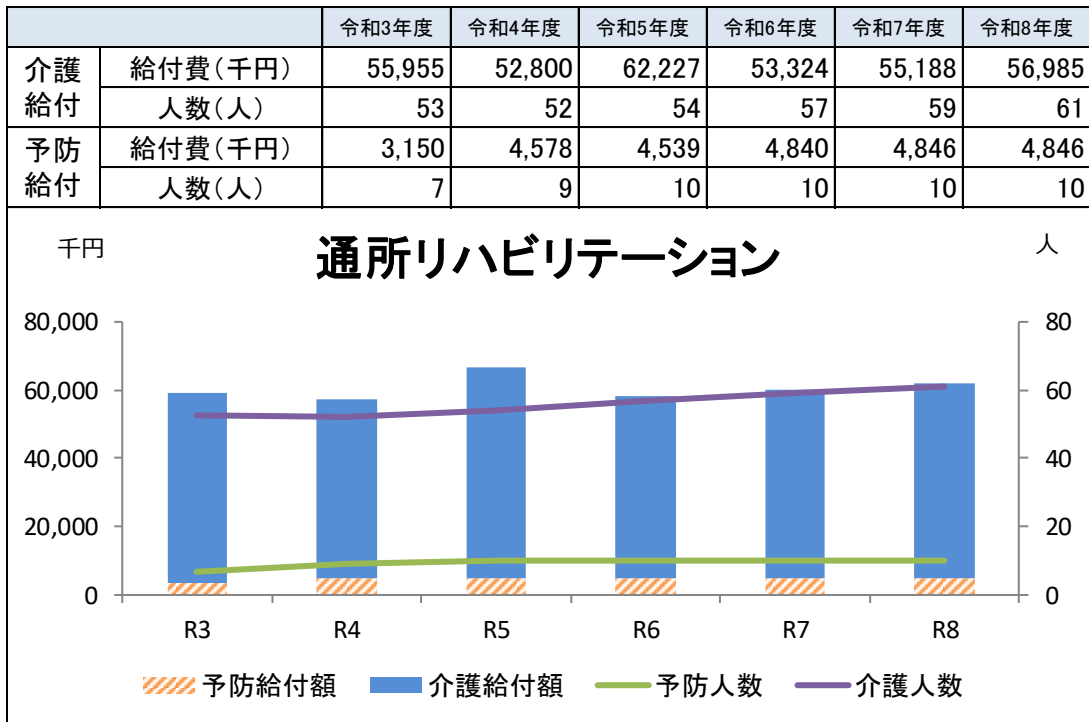
⑥通所介護（デイサービス）

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等を通じた機能訓練を行います。



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）

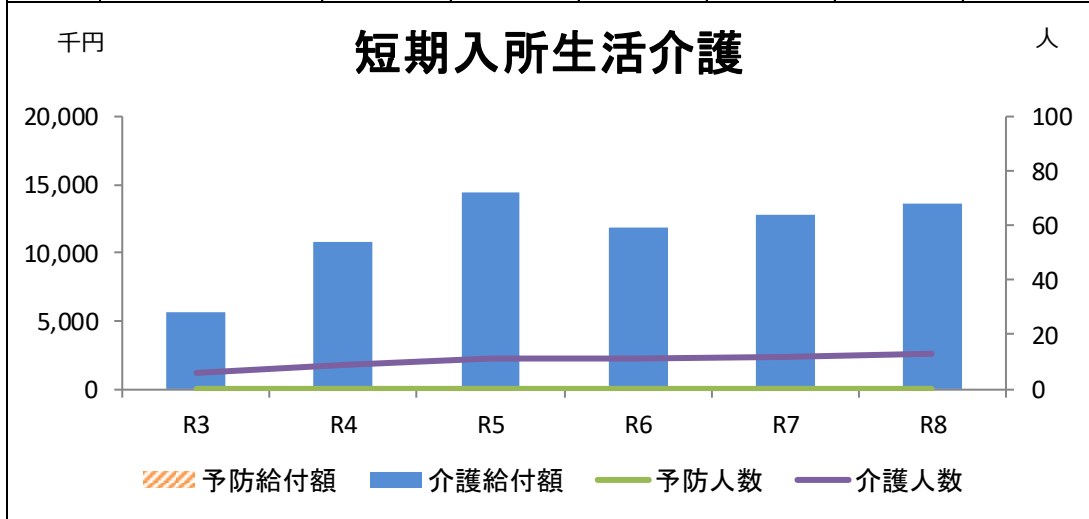
医療施設に通って、食事・入浴の提供や心身機能の維持回復の機能訓練を行います。



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）

施設等に短期間入所し、食事・入浴・排泄、その他日常生活の介護や機能訓練を行います。

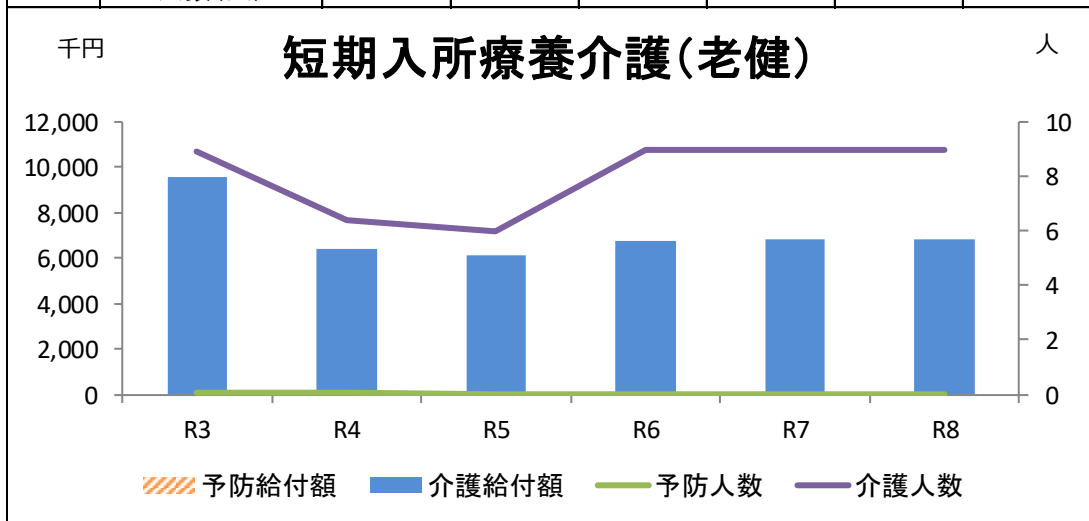
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	給付費(千円)	5,666	10,770	14,477	11,832	12,735	13,623
	人数(人)	6	9	11	11	12	13
予防 給付	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0
	人数(人)	0	0	0	0	0	0



⑨短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（老健）

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

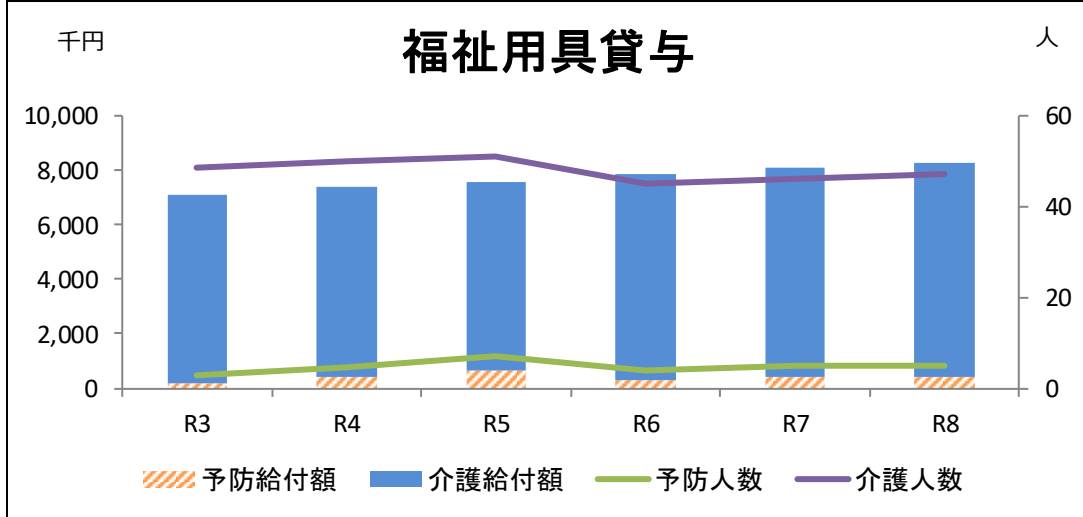
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	給付費(千円)	9,553	6,351	6,156	6,789	6,798	6,798
	人数(人)	9	6	6	9	9	9
予防 給付	給付費(千円)	26	46	0	0	0	0
	人数(人)	0	0	0	0	0	0



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・移動用リフト等、日常生活を助ける用具を貸与します。

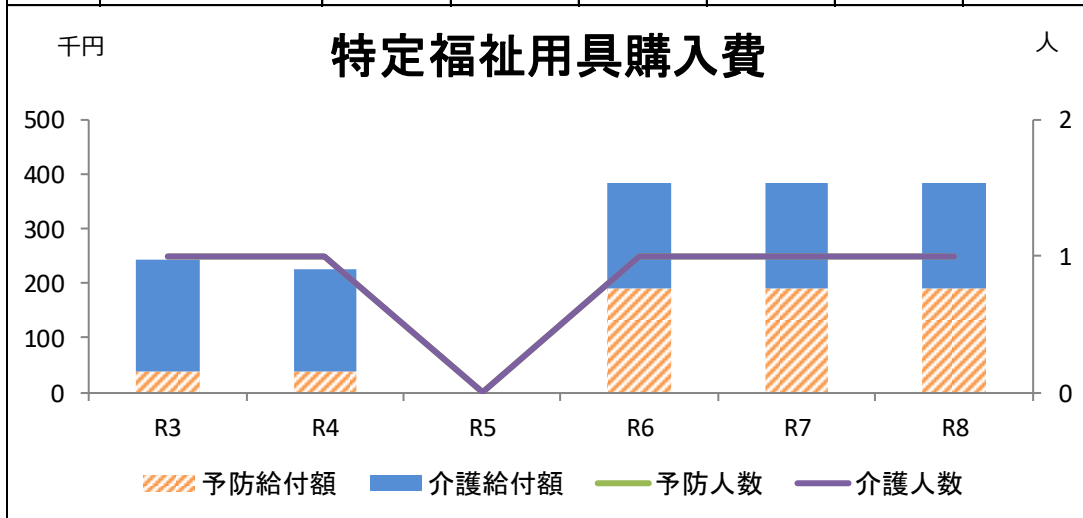
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	給付費(千円)	6,933	7,027	6,890	7,560	7,712	7,864
	人数(人)	49	50	51	45	46	47
予防 給付	給付費(千円)	165	393	670	321	401	401
	人数(人)	3	5	7	4	5	5



⑪特定福祉用具購入・特定介護予防福祉用具購入

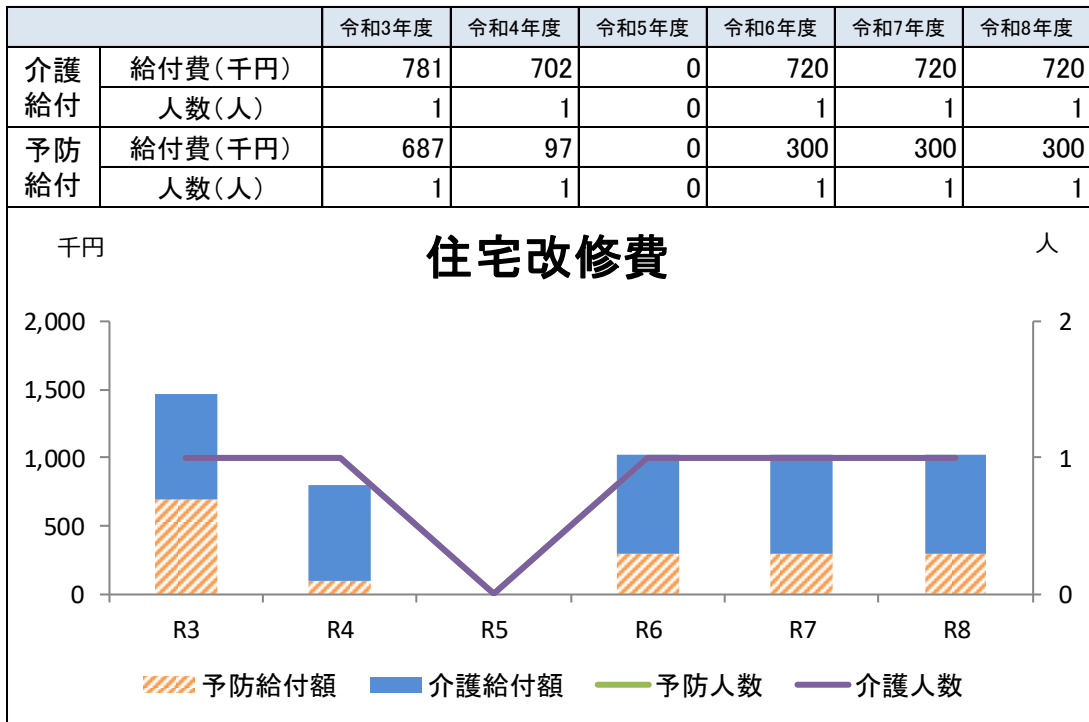
貸与になじまない入浴や排泄等に用いる福祉用具を購入し、日常生活における自立支援や介護者の負担軽減を図ります。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	給付費(千円)	205	187	0	192	192	192
	人数(人)	1	1	0	1	1	1
予防 給付	給付費(千円)	37	38	0	192	192	192
	人数(人)	1	1	0	1	1	1



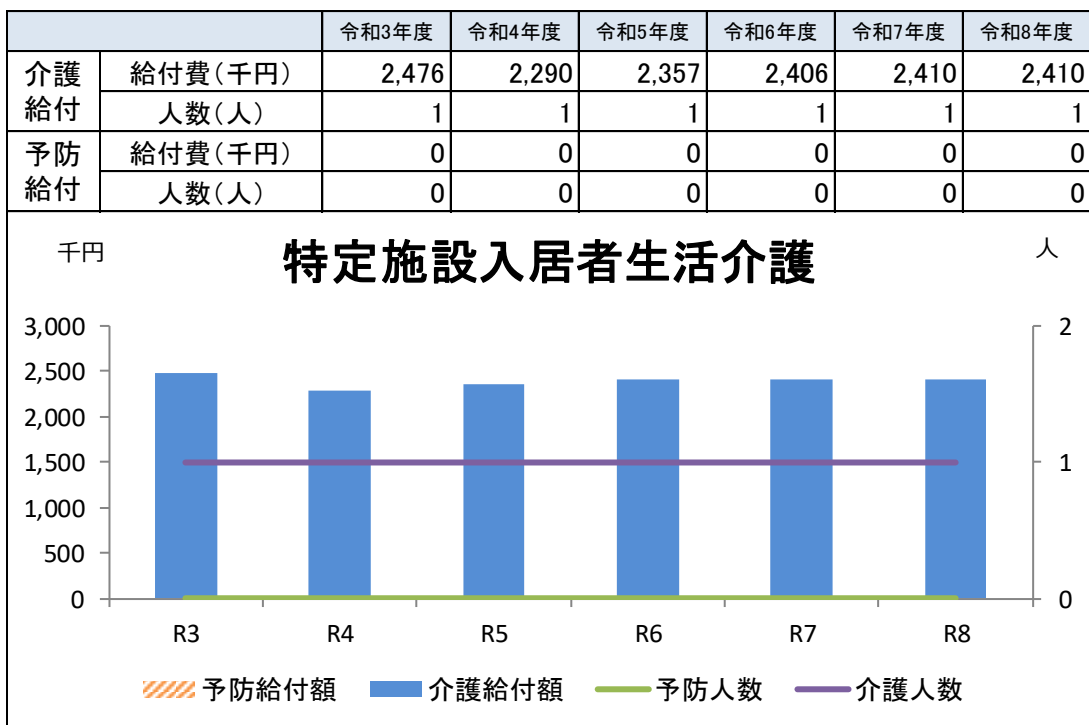
⑫住宅改修・介護予防住宅改修

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等、小規模な住宅改修をする目的として実施します。



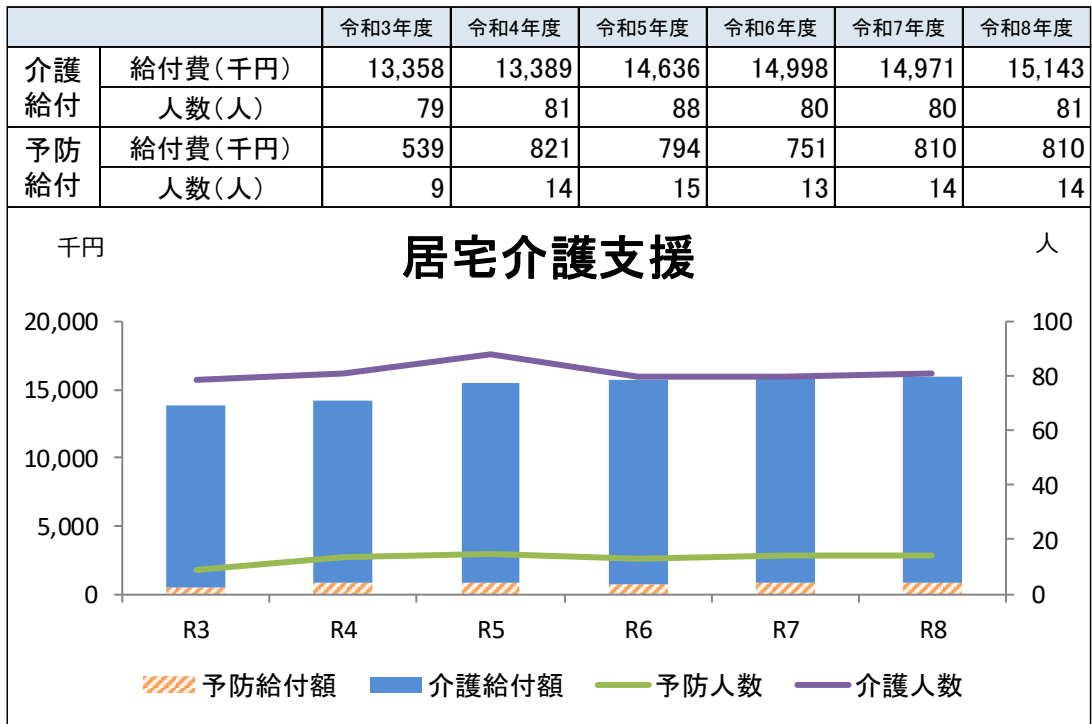
⑬特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

有料老人ホーム等で、食事・入浴・排泄、その他日常生活上の支援や機能訓練を行います。



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。



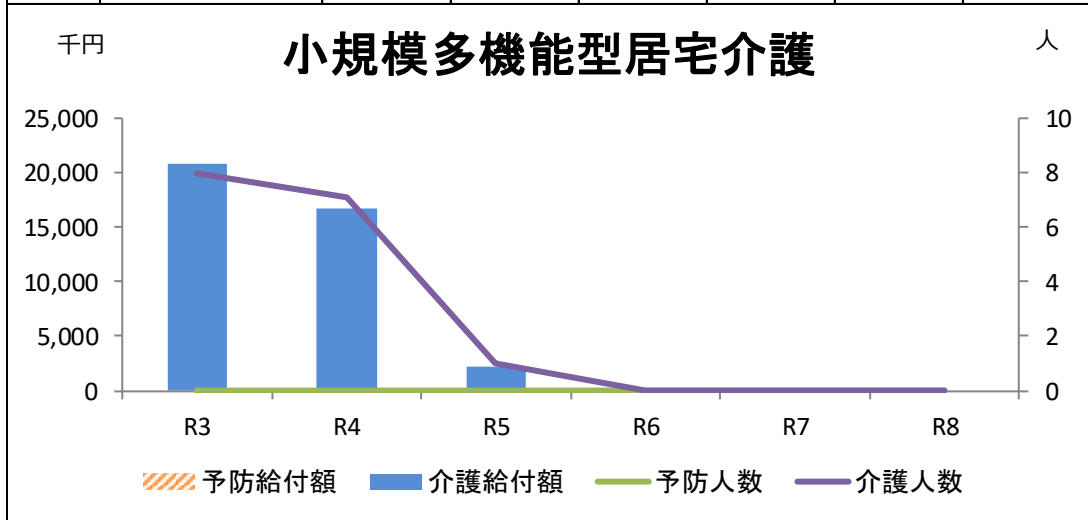
(2) 地域密着型サービス

地域密着型サービスは、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、市町村が指定する事業者が提供するサービスです。

①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。

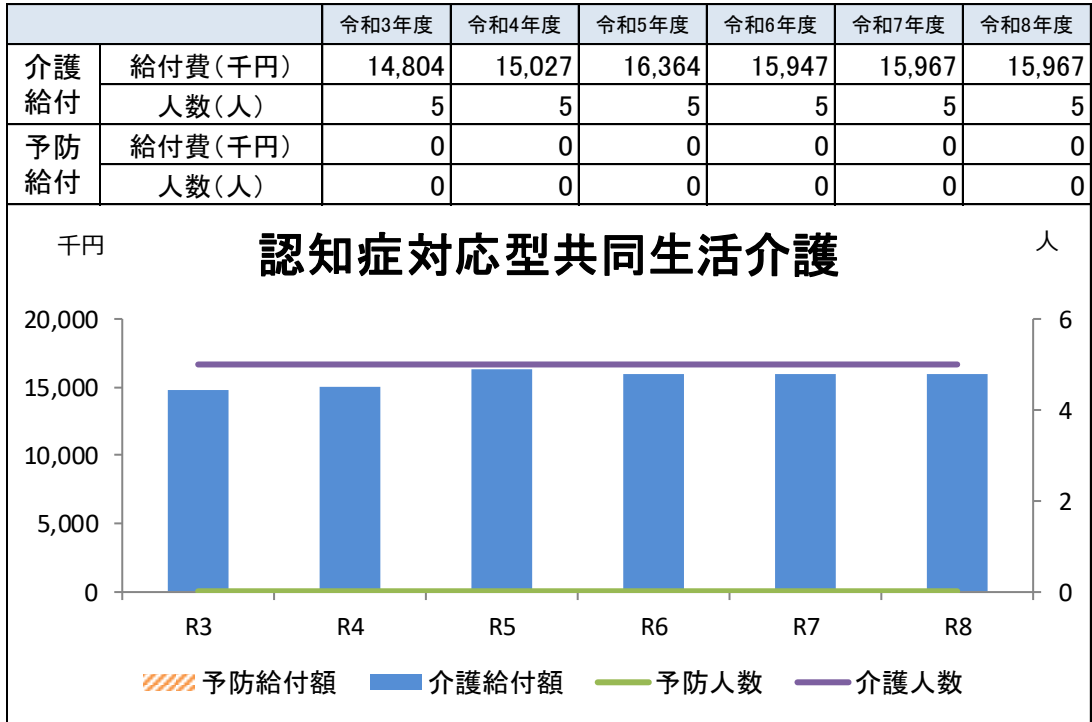
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	給付費(千円)	20,891	16,733	2,248	0	0	0
	人数(人)	8	7	1	0	0	0
予防 給付	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0
	人数(人)	0	0	0	0	0	0



※令和5年度にサービス事業所の廃止があり、第9期計画期間での新設予定なし。

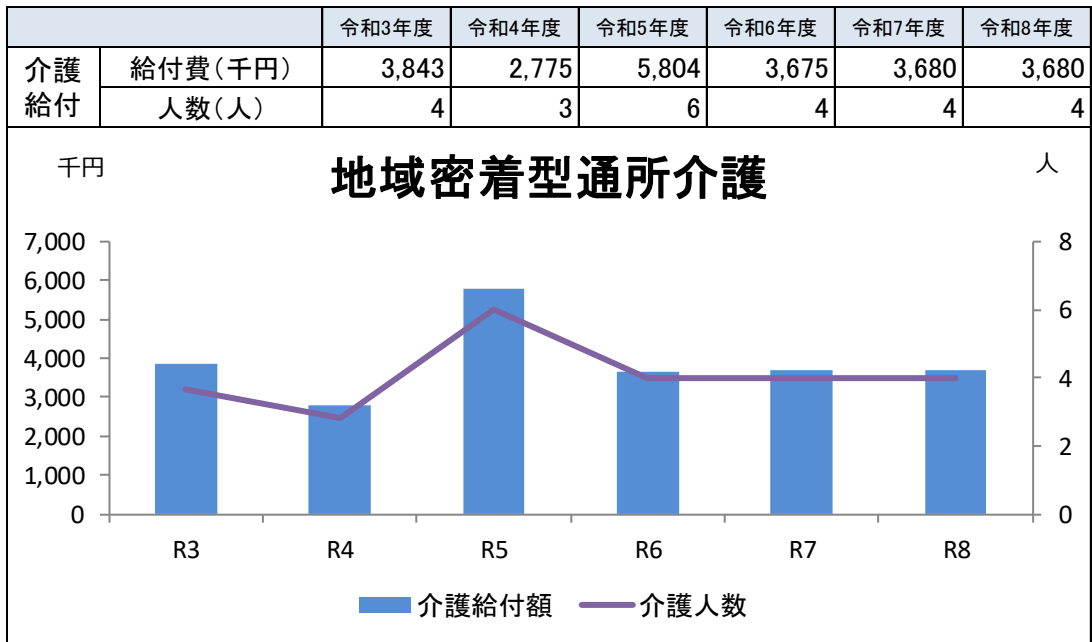
②認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

安定状態にある認知症高齢者等が共同生活をしながら、日常生活の支援や機能訓練等を行います。



③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等を通じた機能訓練を行います。



(3) 施設サービス

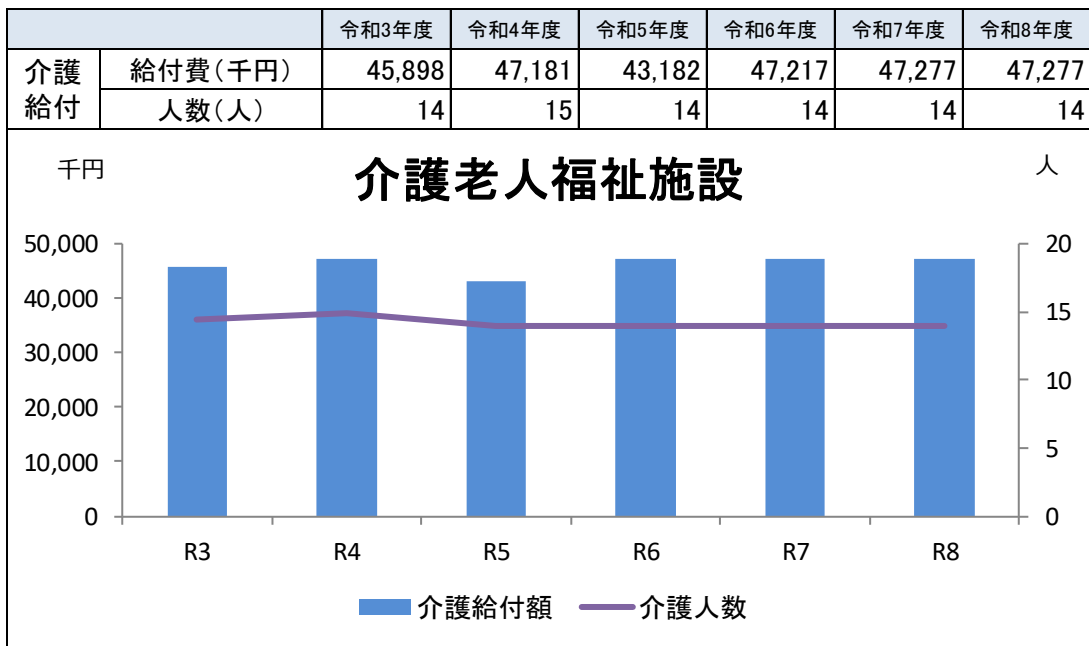
施設介護サービスについては、県と連携して、介護保険事業（支援）計画に沿った適切な基盤整備に努めるとともに、個室・ユニットケア化を進めるなど、多様な住まいの普及に引き続き取り組めます。

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。

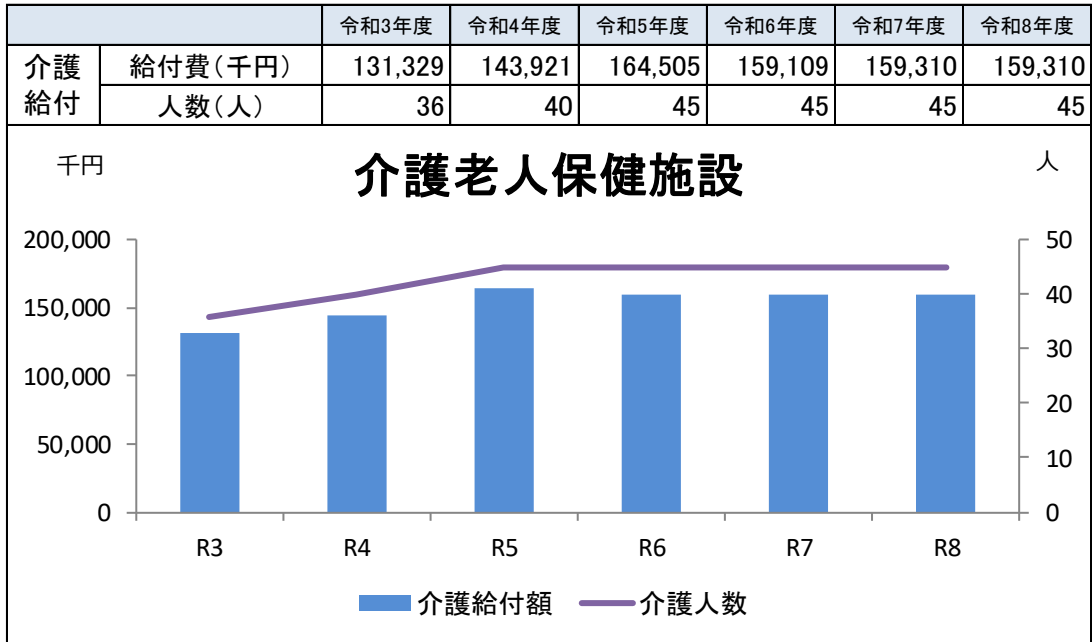
①介護老人福祉施設

介護が必要で、自宅での介護が難しい人が入所し、食事・入浴・排泄等の介助、機能訓練、健康管理等を行う施設サービスです。



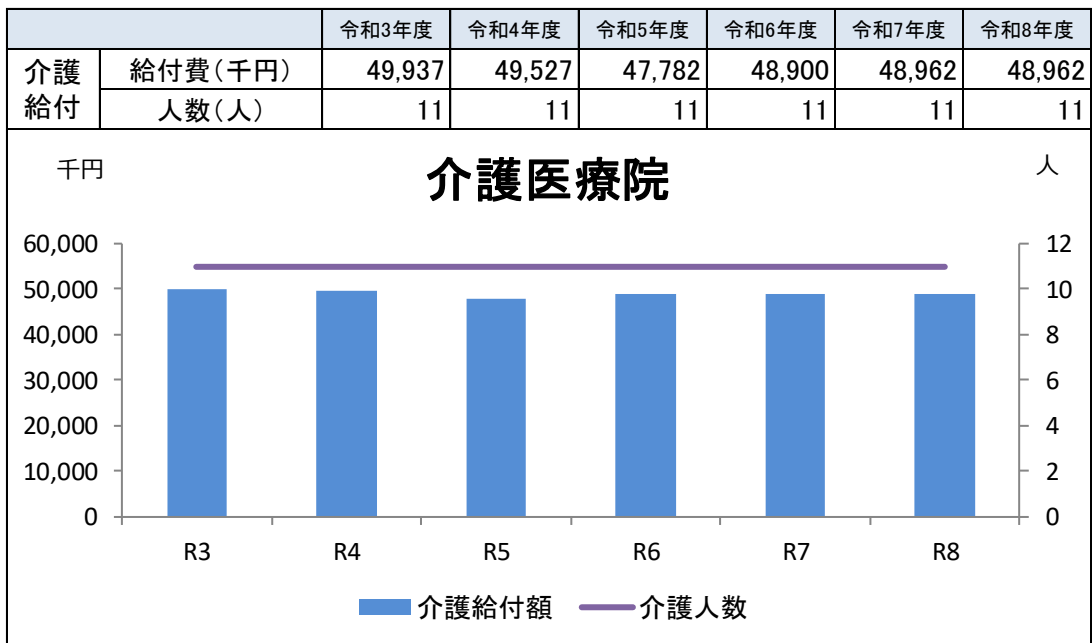
②介護老人保健施設

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人が入所し、医学的な管理のもとでの介護、機能訓練、日常生活の介助等を行う施設サービスです。



③介護医療院

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、長期入院をする人に向けた施設サービスです。



3. 必要利用定員総数の設定

本計画において定める地域密着型サービスを含めた、市町村介護保険事業計画で定める3年間の必要利用定員総数は以下のとおりとなっており、第9期計画期間中において新たな基盤整備（新設・増設）は行わない方針です。

	令和6年度		令和7年度		令和8年度	
	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員
介護老人保健施設	1施設	60人	1施設	60人	1施設	60人
小規模多機能型居宅介護	—	—	—	—	—	—
認知症対応型共同生活介護	—	—	—	—	—	—
地域密着型特定施設入居者生活介護	—	—	—	—	—	—
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	—	—	—	—	—	—



4. 第9期介護保険料の算出

(1) 事業費算出の流れ

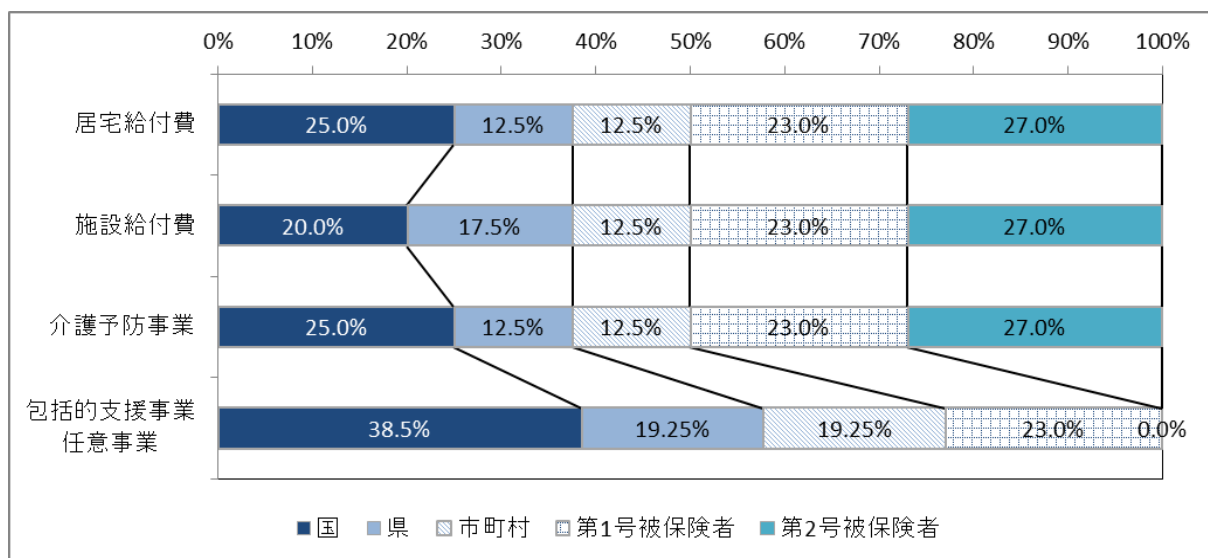
介護保険事業費及び第1号被保険者保険料は、計画期間における第1号被保険者数及び要介護（要支援）認定者数の見込み、さらに、介護保険サービス及び地域支援事業に係る費用見込み等をもとに算定します。

要介護（要支援）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	第2号
					被保険者	被保険者
介護保険サービス	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%
地域支援事業	介護予防・日常生活支援総合事業	25.0%	12.5%	12.5%	23.0%	27.0%
	包括的支援事業・任意事業	38.5%	19.25%	19.25%	23.0%	-



(2) 事業費の見込み

① 予防給付費

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

(単位：千円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
(1) 介護予防サービス	6,809	6,896	6,896
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	644	644	644
介護予防訪問リハビリテーション	512	513	513
介護予防居宅療養管理指導	0	0	0
介護予防通所リハビリテーション	4,840	4,846	4,846
介護予防短期入所生活介護	0	0	0
介護予防短期入所療養介護(老健)	0	0	0
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	321	401	401
特定介護予防福祉用具購入費	192	192	192
介護予防住宅改修	300	300	300
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	0	0	0
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	0	0	0
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	0	0
(3) 介護予防支援	751	810	810
合計	7,560	7,706	7,706

②介護給付費

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

(単位：千円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
(1) 居宅サービス	128,130	134,448	140,617
訪問介護	20,336	22,957	26,028
訪問入浴介護	696	696	696
訪問看護	8,116	8,126	8,126
訪問リハビリテーション	2,783	2,787	2,787
居宅療養管理指導	156	156	156
通所介護	13,220	13,971	14,232
通所リハビリテーション	53,324	55,188	56,985
短期入所生活介護	11,832	12,735	13,623
短期入所療養介護(老健)	6,789	6,798	6,798
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	7,560	7,712	7,864
特定福祉用具購入費	192	192	192
住宅改修費	720	720	720
特定施設入居者生活介護	2,406	2,410	2,410
(2) 地域密着型サービス	19,622	19,647	19,647
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0	0
夜間対応型訪問介護	0	0	0
認知症対応型通所介護	0	0	0
小規模多機能型居宅介護	0	0	0
認知症対応型共同生活介護	15,947	15,967	15,967
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	0	0	0
地域密着型通所介護	3,675	3,680	3,680
(3) 施設サービス	255,226	255,549	255,549
介護老人福祉施設	47,217	47,277	47,277
介護老人保健施設	159,109	159,310	159,310
介護医療院	48,900	48,962	48,962
(4) 居宅介護支援	14,998	14,971	15,143
合計	417,976	424,615	430,956

③その他の給付等の見込み

ア) 標準給付費

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
総給付費(円)	425,536,000	432,321,000	438,662,000
特定入所者介護サービス費等給付額(円)	12,023,684	12,038,899	12,038,899
高額介護サービス費等給付額(円)	12,184,928	12,201,740	12,201,740
高額医療合算介護サービス費等給付額(円)	1,100,000	1,100,000	1,100,000
算定対象審査支払手数料(円)	358,479	358,479	358,479
標準給付費見込額(円)	451,203,091	458,020,118	464,361,118

イ) 地域支援事業費

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護予防・日常生活支援総合事業費(円)	8,922,000	8,922,000	8,922,000
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)	8,296,000	8,296,000	8,296,000
包括的支援事業(社会保障充実分)(円)	3,346,000	3,346,000	3,346,000
地域支援事業費(円)	20,564,000	20,564,000	20,564,000

ウ) 財政安定化基金

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

エ) 準備基金の残高と取崩額

	令和6～8年度
準備基金の残高(令和5年度末)(円)	74,253,683
準備基金取崩額(第9期)(円)	40,000,000

オ) 市町村特別給付費等

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
市町村特別給付費等(円)	0	0	0

カ) 予定保険料収納率

	令和6～8年度
予定保険料収納率(%)	99.2%

(3) 第1号被保険者の介護保険料基準額の算出

(単位：円)

標準給付費見込額	1,373,584,327
+	
地域支援事業費	61,692,000
=	
介護保険事業費見込額	1,435,276,327
×	
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	330,113,555
+	
調整交付金相当額	70,017,516
-	
調整交付金見込額	85,176,000
+	
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	40,000,000
+	
市町村特別給付費等	0
=	
保険料収納必要額	274,955,072
÷	
予定保険料収納率	99.2%
÷	
所得段階別加入割合補正後第1号被保険者数(3年間)	3,298
=	
年額保険料	81,600
÷	
12か月	
=	
月額保険料(基準額)	6,800
(参考)前期の月額保険料(基準額)	6,000

(4) 所得段階に応じた保険料額の設定

第1号被保険者の介護保険料基準額に対して所得段階に応じた負担割合で保険料額を設定しています。さらに、低所得者層の保険料負担軽減のため、第1段階から第3段階については、公費の投入による保険料の軽減を実施しています。

所得段階別の該当条件及び基準額に対する負担割合・介護保険料月額は以下のとおりとなります。

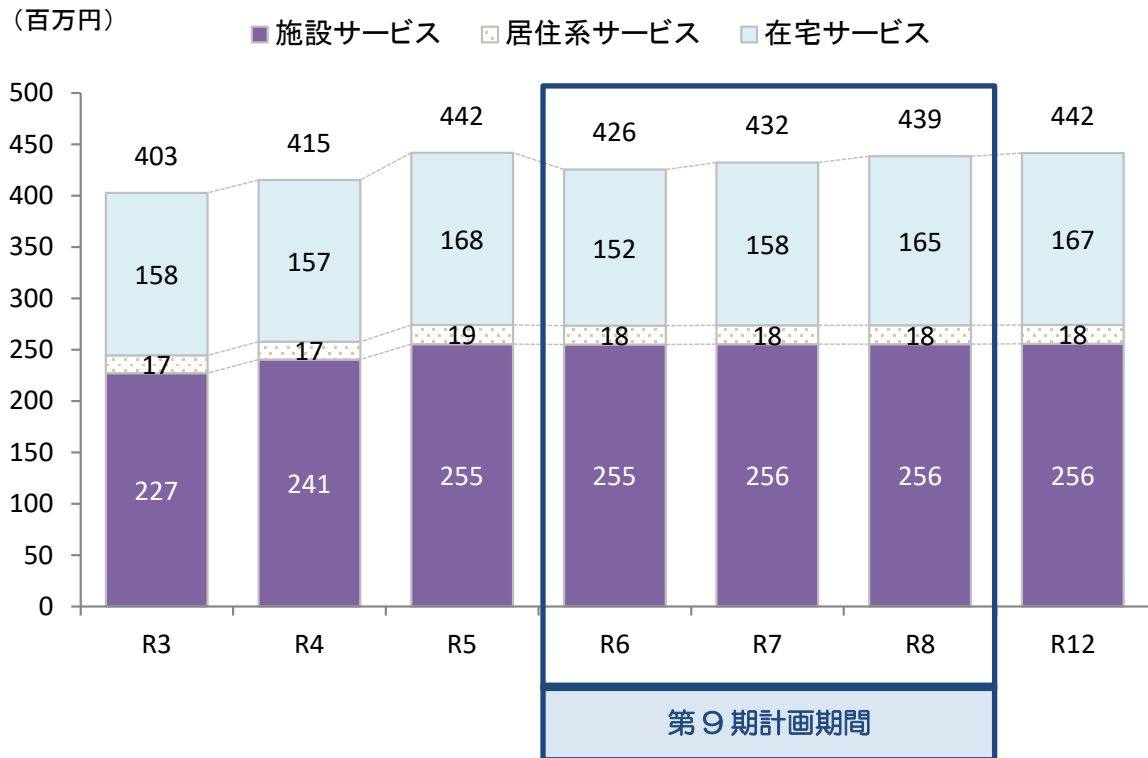
	該当条件	基準額に対する 負担割合	保険料月額 (令和6~8年度)
第1段階	生活保護受給者、世帯全員が住民税非課税の老齢福祉年金受給者、本人年金収入等80万円以下	0.285 (0.455)	1,940円
第2段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円超120万円以下	0.485 (0.685)	3,300円
第3段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等120万円超	0.685 (0.69)	4,660円
第4段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下	0.9	6,120円
第5段階 【基準】	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円超	1.0	6,800円
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	8,160円
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	8,840円
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	10,200円
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420万円未満	1.7	11,560円
第10段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額420万円以上520万円未満	1.9	12,920円
第11段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額520万円以上620万円未満	2.1	14,280円
第12段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額620万円以上720万円未満	2.3	15,640円
第13段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額720万円以上	2.4	16,320円

※基準額に対する負担割合の()内の数値は公費投入による軽減前の負担割合です。

5. 給付費と介護保険料の今後の予測

(1) 給付費の今後の予測

本計画では、第9期計画期間中の総給付費及びサービス別給付費を以下のとおりに推計しています。高齢者人口は今後、横ばいから減少に推移していく予測ですが、75歳以上の人口の増加に伴い、給付費も増加していくことが見込まれています。



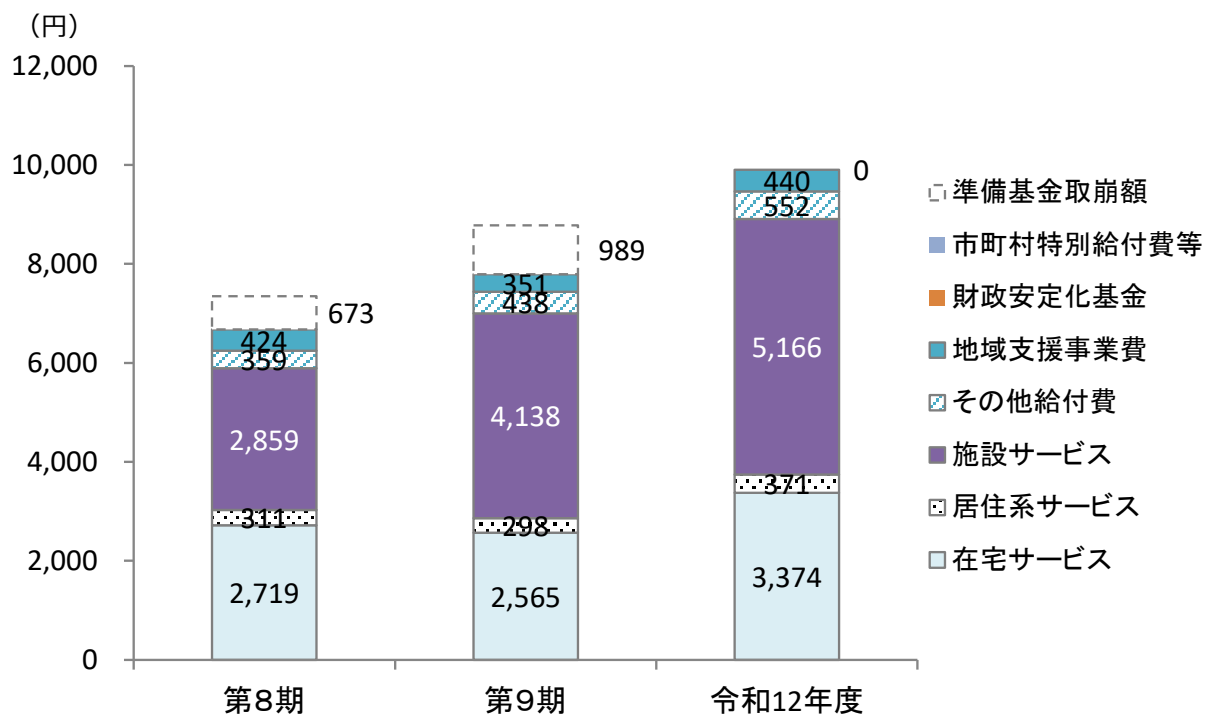
(単位：千円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
総給付費	425,536	432,321	438,662
在宅サービス	151,957	158,395	164,736
居住系サービス	18,353	18,377	18,377
施設サービス	255,226	255,549	255,549

(2) 介護保険料基準額の内訳と今後の予測

介護保険料は、給付費の見込みをはじめとした以下のような内訳で算出しています。

給付費の増加にともなって介護保険料も増額が必要になりますが、本計画では、第8期計画と同様に準備基金を取り崩して保険料に充当することで増額幅を抑えています。

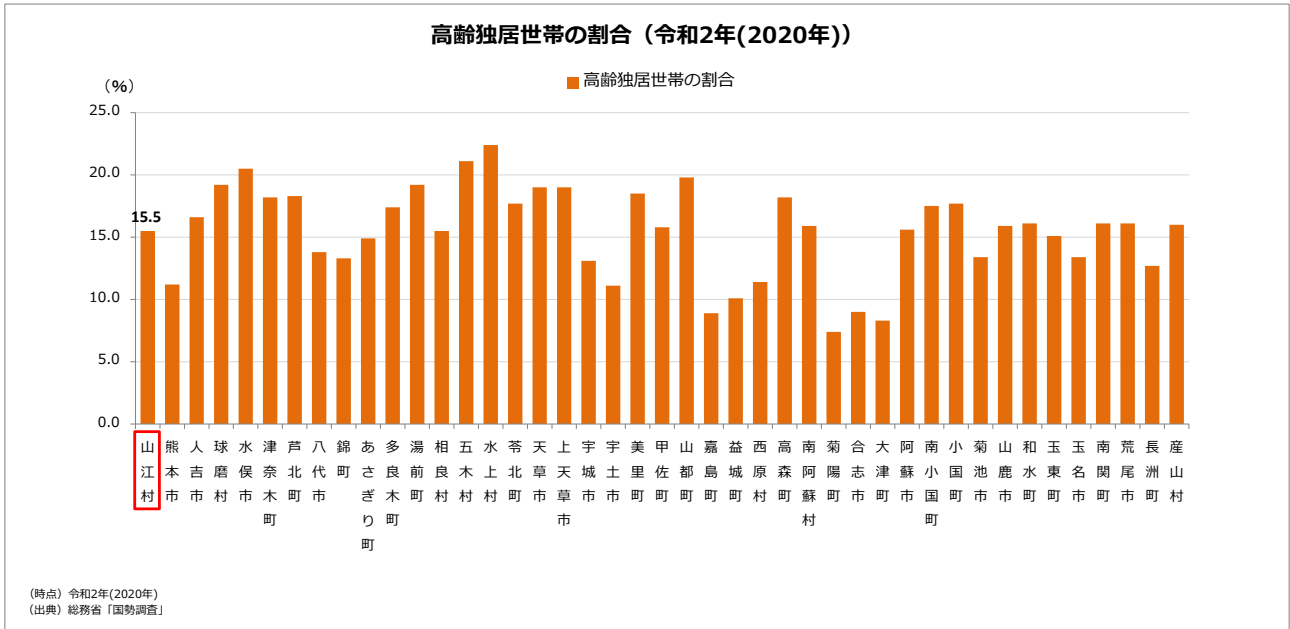
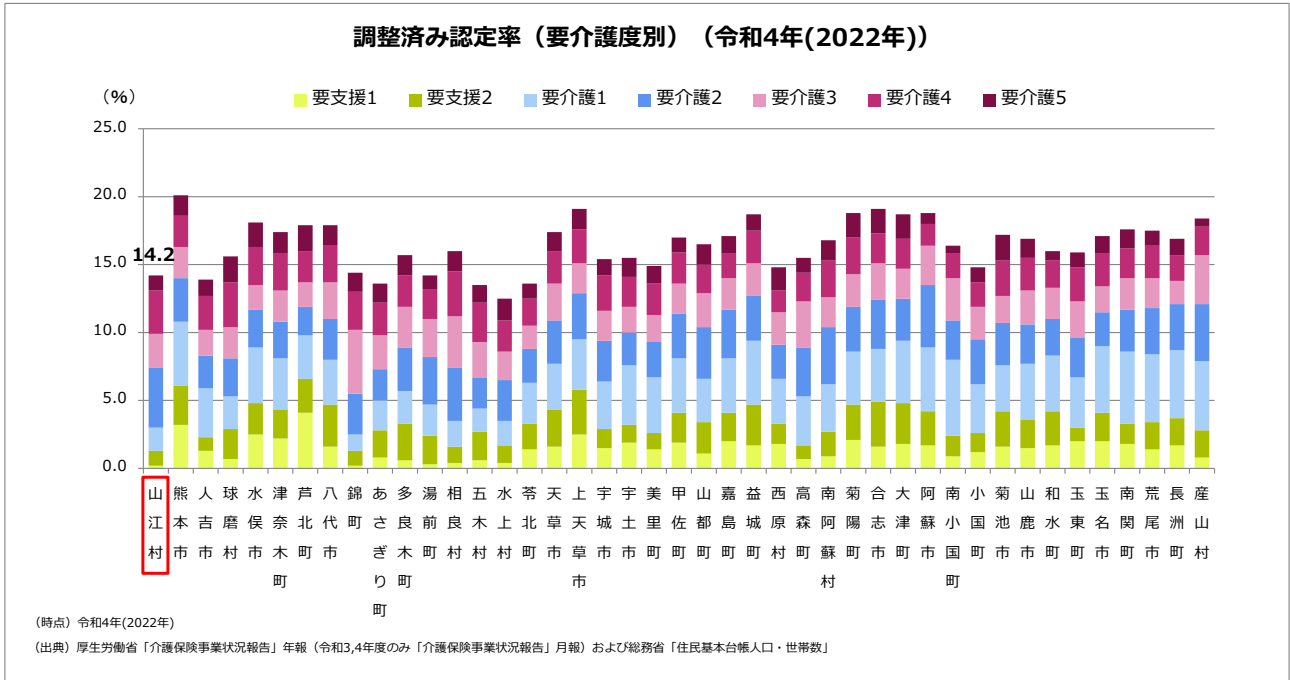


(金額の単位：円)

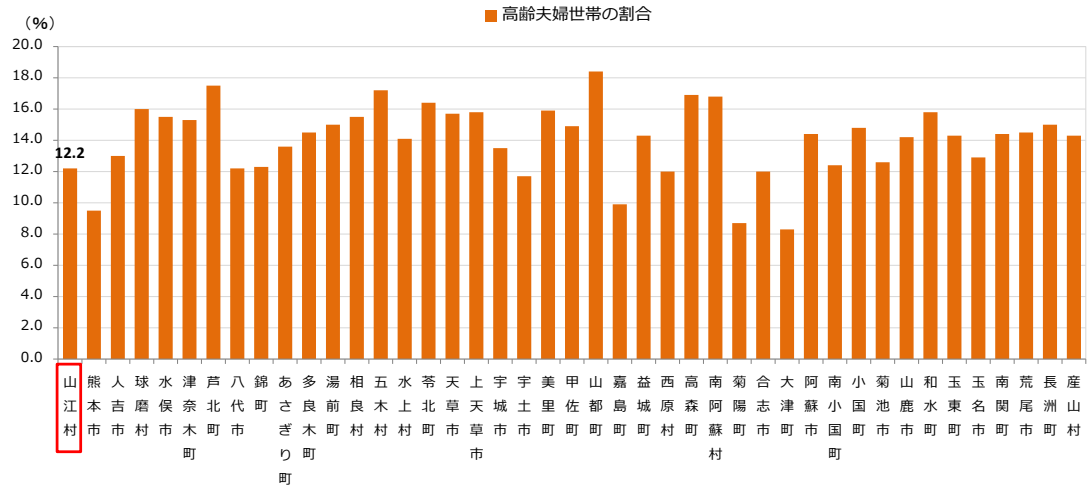
	第8期		第9期		令和12年度	
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
総給付費	5,890	88.3%	7,000	89.9%	8,910	90.0%
在宅サービス	2,719	40.8%	2,565	32.9%	3,374	34.1%
居住系サービス	311	4.7%	298	3.8%	371	3.7%
施設サービス	2,859	42.8%	4,138	53.1%	5,166	52.2%
その他給付費	359	5.4%	438	5.6%	552	5.6%
地域支援事業費	424	6.4%	351	4.5%	440	4.4%
財政安定化基金	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
市町村特別給付費等	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
保険料収納必要額	6,673	100.0%	7,790	100.0%	9,902	100.0%
準備基金取崩額	673	10.1%	989	12.7%	0	0.0%
保険料基準額	6,000	89.9%	6,800	87.3%	9,902	100.0%

資料編

1. 本村と他自治体との比較データ

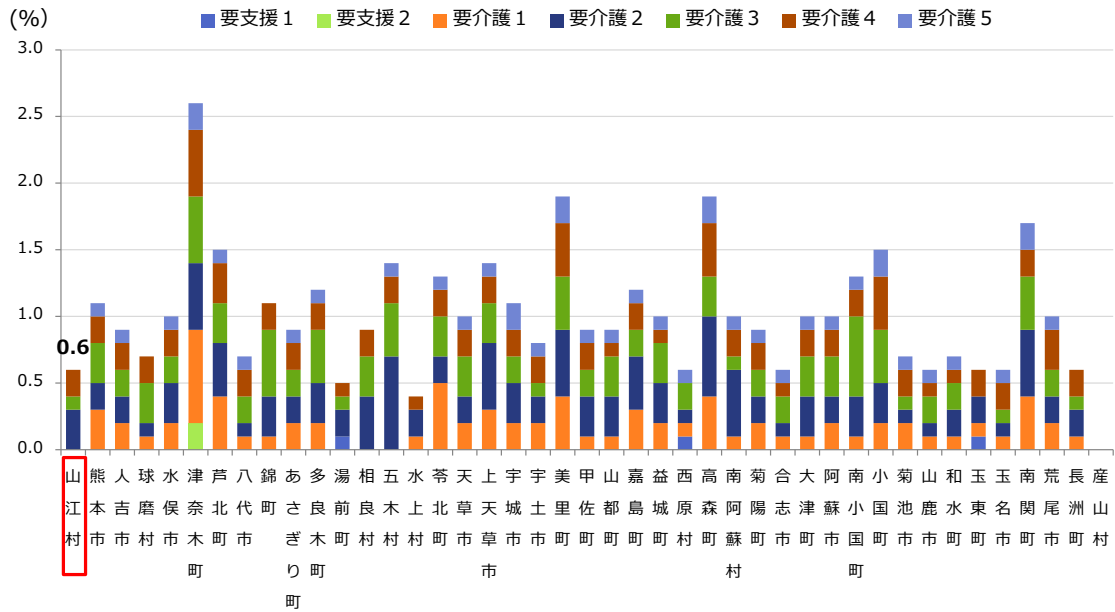


高齢夫婦世帯の割合（令和2年(2020年)）



(時点) 令和2年(2020年)
 (出典) 総務省「国勢調査」

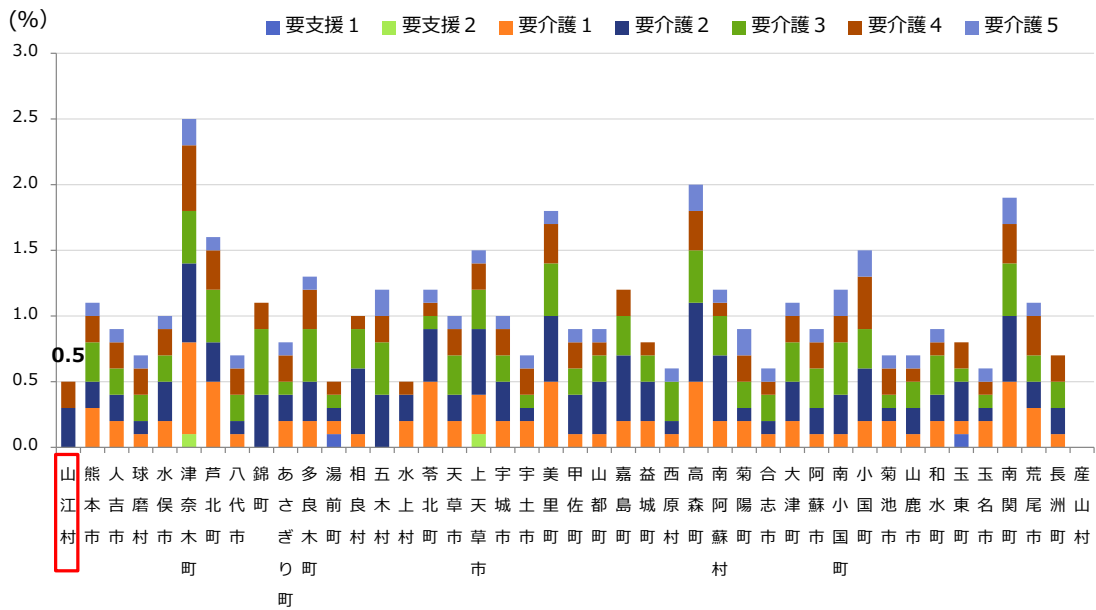
受給率（居住系サービス）（要介護度別）（令和4年(2022年)）



(時点) 令和4年(2022年)

(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（令和3,4,5年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）

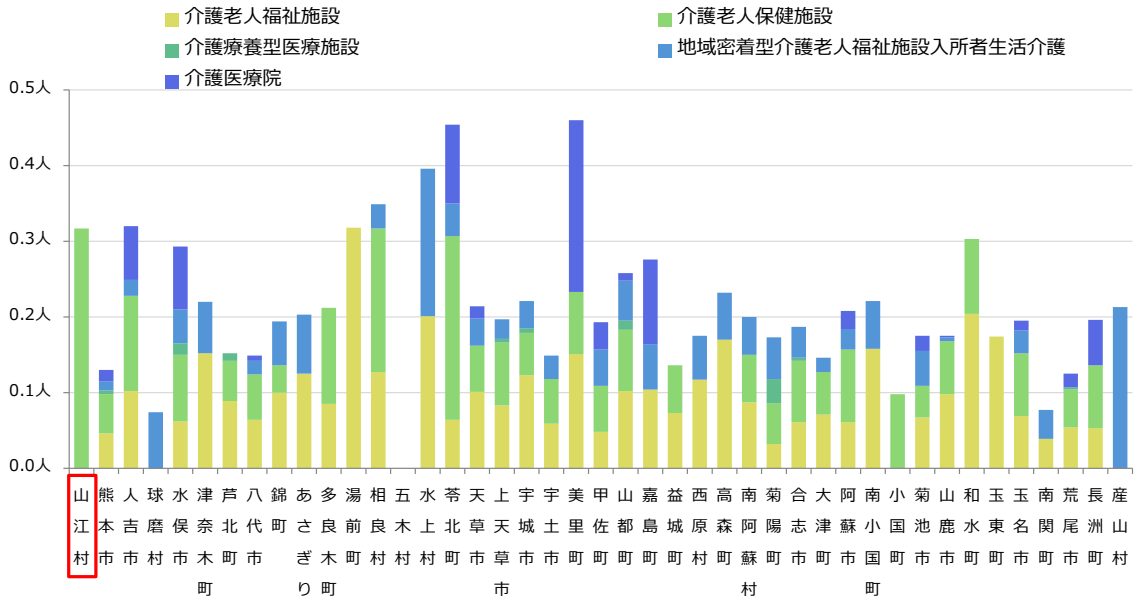
受給率（居住系サービス）（要介護度別）（令和5年(2023年)）



(時点) 令和5年(2023年)

(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（令和3,4,5年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）

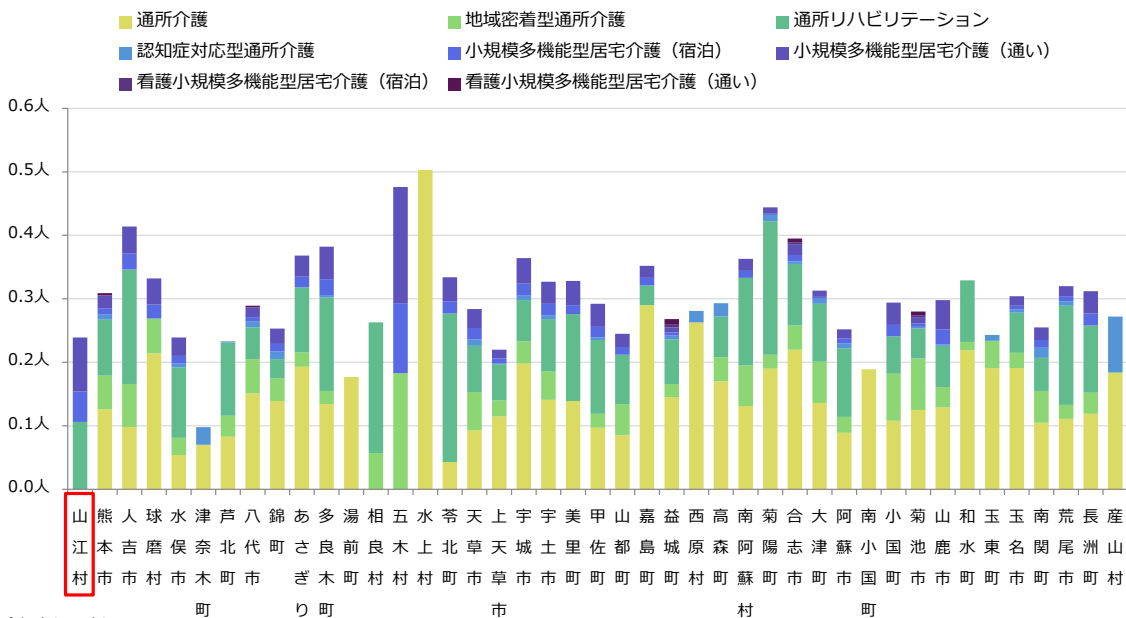
要支援・要介護者1人あたり定員（施設サービス別）（令和4年(2022年)）



(時点) 令和4年(2022年)

(出典) 介護サービス情報公表システムおよび厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（年報未公表時のみ月報）

要支援・要介護者1人あたり定員（通所系サービス別）（令和4年(2022年)）



(時点) 令和4年(2022年)

(出典) 介護サービス情報公表システムおよび厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（年報未公表時のみ月報）

2. 山江村介護保険事業計画策定委員会設置要綱

平成 11 年 1 月 20 日

要綱第 1 号

改正 平成 18 年 3 月 2 日要綱第 1 号

平成 20 年 3 月 24 日告示第 8 号

令和5年10月3日告示第95号

(設置)

第1条 本村は、村民の創意工夫を生かした福祉サービスと保健、医療サービスの一体的推進と介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施と推進を図るための山江村介護保険事業計画を策定するため、山江村高齢者福祉計画及び山江村介護保険事業計画策定委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

(所掌事務)

第2条 委員会は、次の各号に掲げる事務をつかさどる。

- (1) 事業計画の作成及び事業の推進に関すること。
- (2) その他事業計画の作成及び事業の推進に関する必要な事項

(組織)

第3条 委員会は、12名以内の委員をもって構成する。

2 委員は、次の各号に掲げる者のうちから村長が委嘱する。

- (1) 社会福祉関係者
- (2) 保健、医療関係者
- (3) 関係機関の職員
- (4) その他村長が必要と認める者

(任期)

第4条 委員の任期は2年とし、委員が委嘱されたときの要件を欠くに至ったときは、その委員は当該退職するものとする。欠員が生じた場合の補充委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員長及び副委員長)

第5条 委員会に、委員長及び副委員長を置き、委員長は委員の互選によりこれを選任し、副委員長は委員のうちから委員長が指名する。

2 委員長は、会務を総理し、委員会を代表する。

3 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときはその職務を代理する。

(会議)

第6条 委員会の会議は、委員長が招集し、委員長はその議長となる。

(関係者の出席)

第7条 委員長は、必要があると認めるときは委員以外の者に会議への出席を求め、意見を述べさせ、又は必要な資料の提出を求めることができる。

(専門部会)

第8条 策定委員会に専門部会を置き、関係機関のうちから村長が委嘱する。

2 専門部会は、委員長の命を受け、調査及び研究を行う。

(庶務)

第9条 委員会の庶務は、健康福祉課において処理する。

(委任)

第10条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、公布の日から施行する。

附 則(平成18年要綱第1号)

この要綱は、公布の日から施行し、平成16年10月1日から適用する。

附 則(平成20年告示第8号)

この告示は、平成20年4月1日から施行する。

附 則(令和5年告示第95号)

この告示は、公布の日から施行し、令和5年10月1日から適用する。

3. 第9期山江村高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定委員名簿

(順不同・敬称略)

氏名	所属	役職	分野	備考
宮原 正治	区長会	区長	第2号被保険者代表	委員長
谷川 安照	民生委員協議会	会長	社会福祉関係者 (民生委員)	
石原 恵美	社会福祉協議会	事務局長	社会福祉関係者 (社会福祉協議会)	
愛甲 俊	介護老人保健施設 つつじのさと	総務部長	医療関係者	
下田 真紗代	一般行政	保健師	保健関係者	
倉岡 伸至	小規模多機能型ホーム黎明館	管理者	関係機関 (福祉施設)	
石山 智子	シルバー人材センター	事務局長	関係機関 (シルバー人材)	
平山 辰也	一般行政	山江村総務課長	関係機関 (行政)	
松本 佳久	老人クラブ連合会	会長	第1号被保険者・ 男性代表	
谷口 さと子	民生委員協議会	民生委員	第1号被保険者・ 女性代表	副委員長

4. 計画策定の経緯

会議	内容	開催年月日
第1回	(1) 本会議と高齢者福祉・介護保険事業計画について (2) 地域包括ケア「見える化」システム等を活用した分析結果について (3) 各種調査結果について ①介護予防・日常生活圏域ニーズ調査について ②在宅介護実態調査について (4) 第8期計画の進捗状況について	R5.10.11
第2回	(1) 第9期介護保険事業計画(素案)について (2) 介護保険事業量の推計について	R5.12.26
第3回	(1) 第9期介護保険事業計画(案)について (2) 介護保険事業量・保険料について	R6.2.21

5. 用語集

(五十音順)

用語	解説
M C I (Mild Cognitive Impairment)	軽度認知障害と訳され、認知症の前の段階で認知機能の低下がみられる状態であるが、現状では認知症とされるほどではなく、日常生活に困難をきたすほどではない状態。
介護給付費	介護保険サービスの提供に関して保険財政から支出される費用またはその総額のこと。介護保険サービス費は、基本的にその1～3割を利用者が自己負担し、残りの7～9割は保険給付される。財源としては、半分を40歳以上である被保険者が保険料として負担し、残りの半分为公費で賄っている。
介護サービス/介護予防サービス	広義では介護保険サービス全般を指し、狭義では要介護1～5の認定者向けのサービスを指す。また、介護予防サービスとは、要支援1～2の認定者向けのサービスを指す。
介護予防・日常生活支援総合事業 (総合事業)	要支援1・2の人が利用できる介護保険サービスのうち、「介護予防訪問介護(ホームヘルプ)」と「介護予防通所介護(デイサービス)」が、国の基準で実施していた介護予防給付サービスから、市町村の基準で実施する「介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)」に移行された。「訪問型サービス」、「通所型サービス」からなる「介護予防・生活支援サービス事業」と、主にすべての高齢者を対象とした「一般介護予防事業」で構成される。
協議体	生活支援・介護予防の体制の整備にあたり、市町村が主体となり、生活支援コーディネーターと生活支援・介護予防サービスの提供主体等が参画し、地域のニーズの発掘や多様な主体への働きかけ、関係者との連携、担い手養成やサービスの開発などの課題を検討する場。
居住系サービス	認知症対応型共同生活介護や特定施設入居者生活介護のサービスを指す。「介護を受けながら住み続けられる住まい」として位置づけられており、その施設整備については、施設サービスと同様に介護保険事業計画に基づいて行われる。
居宅	介護保険法上の法律用語。自宅に限らず広く住まいとする場所のことを指す。ただし「自宅」「在宅」「居宅」「居住系」といった用語の定義は、介護保険上で明確に区分されてはいない。
居宅介護支援事業所	要介護認定等、各種申請や介護サービスを利用する際に、窓口となる事業所で、ケアプランを作成し、適切なサービスが受けられるように、提供事業者と連絡・調整を行う機関を指す。
居宅サービス	デイサービスやデイケア、ショートステイなど、居宅を起点として利用する介護サービスの総称。在宅サービスと表現した場合は、広義で地域密着型サービスを含む。
ケアプラン (介護サービス計画)	利用者が介護サービス等を適切に利用できるよう、また、その利用が利用者本人の自立した日常生活に資するよう、利用するサービスの種類や回数などを定めた計画のこと。

ケアマネジメント	主に介護等の福祉分野でサービスとそれを必要とする人のニーズをつなぐ手法のこと。具体的には①インテーク（受理面接）⇒②アセスメント（生活課題の分析）⇒③プランニング（計画の立案）⇒④サービスの実施⇒⑤モニタリング（進行中における中途評価）⇒⑥エヴァリュエーション（最終的な評価）⇒⑥の結果をフィードバックすることで、再度上述の②からのプロセスを経るといった一連の行為を指す。
ケアマネジャー （介護支援専門員）	利用者の身体状態等に合わせケアプランを作成するとともに、サービス事業者等との調整やプラン作成後のサービス利用状況等の管理を行う者。
権利擁護	自己の権利や援助のニーズを表明することの困難な認知症高齢者や障がい者等に代わって、援助者が代理としてその権利やニーズ獲得を行うことをいう。
施設サービス	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院に入所して受けるサービスの総称。要介護1～5の認定者が利用できるとされているが、介護老人福祉施設については、平成26年度の介護保険法改正により、原則要介護3以上の入所となった。また、その施設整備は介護保険事業計画に基づいて行われる。
社会福祉協議会	社会福祉法に基づき設置される、民間の社会福祉活動を推進することを目的とした民間組織。都道府県や政令指定都市、市区町村を単位に設置されており、住民の多様な福祉ニーズに応えるため、地域の特性を踏まえて、地域のボランティアと協力しながら独自の事業に取り組んでいる。
主任ケアマネジャー （主任介護支援専門員）	ケアマネジャーの上位資格。介護保険サービスや他の保健・医療サービスを提供する者との連絡調整、他のケアマネジャーに対する助言・指導などを行う。
小規模多機能型居宅介護	地域密着型サービスのひとつで、要介護者の様態や希望に応じ「通所介護（デイサービス）を中心に、「訪問介護」、「泊まり（ショートステイ）」の3種類の介護サービスを提供することができる。
生活支援コーディネーター	生活支援サービスの充実及び高齢者の社会参加に向けて、ボランティア等の生活支援・介護予防の担い手の養成・発掘等地域資源の開発や、関係者間の情報共有・連携体制づくり等を担う者。
生活習慣病	食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が発症原因に深く関与していると考えられている疾患の総称。主なものとして、がん、脳血管疾患、心臓病があり、日本人の3大死因となっている。また、これらの疾患になるリスクを上げる肥満も生活習慣病のひとつともされ、肥満に関連して起きる症候群をメタボリックシンドロームと呼ぶ。
成年後見制度	病気や障がいのため判断能力が著しく低下することにより、財産管理や契約、遺産分割等の法律行為を自分で行うことが困難であったり、悪徳商法等の被害にあったりするおそれのある人を保護し、支援する制度。家庭裁判所により選任された後見人等が本人の意思を尊重し、その法律行為の同意や代行などを行う制度。
前期高齢者／後期高齢者	一般的におおむね65歳以上の人を「高齢者」というが、高齢者のうち65歳以上74歳以下を「前期高齢者」、75歳以上を「後期高齢者」という。

総合事業対象者	基本チェックリストを用いた簡易な形で、介護予防・生活支援サービス事業の対象と判断された者。
第1号被保険者／ 第2号被保険者	介護保険制度は、原則として保険者（市区町村または広域連合）の区域内に住所を有する満40歳以上の者を当該保険者の被保険者とする。そのうち65歳以上を第1号被保険者といい、40歳以上65歳未満の医療保険加入者を第2号被保険者という。介護保険サービスを利用するには、要支援・要介護認定を受ける必要があるが、第2号被保険者の場合は、加齢に伴う特定の疾病（政令で定める16種類）によって介護が必要になった場合に限られる。
短期入所生活介護 (ショートステイ)	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、閉じこもりや孤立感の解消、心身機能の維持回復だけでなく、家族の介護の負担軽減などを目的として実施される。介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）などが、常に介護が必要な人の短期間の入所を受け入れ、入浴や食事などの日常生活上の支援や、機能訓練などを提供する。
地域ケア会議	保険者と地域包括支援センター、介護支援専門員、サービス提供事業者など、医療・保健・福祉の現場職員を中心に、具体的ケースに基づいて協議を行うことで、効果的なサービスの総合調整や参加者の能力向上を図り、かつ地域包括ケアの向上につなげる仕組み。
地域支援事業	高齢者が要介護状態等になることを予防し、たとえ要介護状態になった場合においても、可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するための事業。
地域包括ケア／地域 包括ケアシステム	高齢者の人口の急増に伴い、要介護高齢者や認知症高齢者、医療ニーズの高い高齢者の増加、ひとり暮らしや高齢者のみ世帯の増加といった社会構造の変化に対応できるよう、次世代のヘルスケアとして提唱されている構想のこと。地域包括ケアシステムとは、可能な限り住み慣れた地域において継続して住み続けることができるよう、ニーズに応じた住宅が提供されることを前提に、医療、介護、予防、見守りなどの多様な生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供されていく体制のこと。体制の整備には、地域ごとに異なる課題や実情に応じた対策が必要となるため、現在もさまざまな取り組みや研究が行われている。
地域包括ケア 「見える化」システム	都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システム。地域包括ケアシステムの構築に関するさまざまな情報が一元化され、グラフ等を用いた見やすい形で提供される。
地域包括支援センター	介護保険法に基づく、地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防ケアマネジメントなどを総合的に行う機関。各市区町村に設置され、地域包括ケアシステムの中核機関でもある。
地域マネジメント	地域の実態把握・課題分析を通じて地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返し行うことで目標達成に向けた活動を継続的に改善する取り組み。

地域密着型サービス	平成 18 年度の介護保険制度改正により新たに類型化されたサービス体系で、高齢者が介護が必要な状態になっても、可能な限り住み慣れた地域の中で、馴染みの人間関係等を維持しながら生活できるよう、地域の特性に応じた柔軟なサービスを提供するための仕組み。原則として保険者の区域内の住民のみが利用できる。
デイケア (通所リハビリテーション)	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、利用者が通所リハビリテーションの施設（老人保健施設、病院、診療所など）に通い、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどが日帰りで提供される。
デイサービス (通所介護)	利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるよう、閉じこもりや孤立感の解消、心身機能の維持、家族の介護の負担軽減などを目的として実施される。利用者が通所介護の施設（利用定員 19 人以上のデイサービスセンターなど）に通い、施設では、食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを日帰りで提供される。生活機能向上グループ活動などの高齢者同士の交流もあり、自宅から施設までの送迎が行われる。
特定施設入居者生活介護	有料老人ホームの一類型。入浴、排せつ、食事の介護、食事の提供等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設であり、入居後介護が必要となっても、その有料老人ホームが提供する介護付有料老人ホーム（ホームの介護職員等によるサービス）を利用しながら居室で生活を継続することが可能なものをいう。
日常生活圏域	地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護サービス等を提供する施設の整備状況、地域コミュニティの活動単位など、さまざまな条件を総合的に勘案して設定される区域のこと。介護保険事業計画においては、住民が日常生活を営んでいる地域、高齢者が住み慣れた地域として捉え、地域密着型サービスの基盤整備などにおいて用いる。また、地域包括ケアシステムにおいても、対象エリアの単位として用いられる。
認知症ケアパス	認知症の状況に応じて、いつ、どこで、どのような医療や介護サービス等が利用できるかの概略を示したもの。
認知症サポーター	認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人やその家族を支援する人のこと。各地域で実施されている「認知症サポーター養成講座」を受講する必要がある、受講者には認知症サポーターの証としてオレンジ色のリストバンドが渡される。
認知症疾患医療センター	認知症の早期発見・診療体制の充実、医療と介護の連携強化、専門医療相談の充実を図ることを目的とした医療機関。
認知症地域支援推進員	認知症の人が、できる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、関係機関の連携支援のほか、認知症施策や事業の企画調整等を行う者。
認定調査員	要介護認定申請を受けて、被保険者宅等（あるいは入院・入所先）を訪問し、被保険者本人との面接により、その心身の状況や置かれている環境について調査（認定調査）を行う者。

バリアフリー	高齢者や障がい者が社会生活をしていくうえで、障壁（バリア）となるものを取り除くという意味。段差などの物理的バリアを取り除くだけでなく、より広い意味で障がいのある人の社会参加を困難にしている社会的、物理的、心理的なバリアを取り除いていくことにも用いられる。
パブリックコメント	行政がいろいろなテーマの計画を策定するにあたり、住民に計画内容を案として公表し、その計画案について寄せられた意見を考慮して、計画内容の決定を行うとともに、寄せられた意見とそれに対する行政の考え方を公表するもの。
P D C A サイクル	Plan(計画)・Do(実行)・Check(評価)・Action(改善)を繰り返すことにより業務を継続的に改善していく手法のこと。
民生委員・児童委員	民生委員とは、厚生労働大臣より委嘱を受けて、それぞれの地域において、常に住民の立場に立って相談に応じ、福祉事務所等と協力し、必要な援助を行うことを職務として、市町村の区域に配置されている民間の奉仕者である。また、児童委員とは、地域の子どもたちを見守り、子育ての不安や妊娠中の心配ごとなどの相談・支援などを行うことを職務とする民間の奉仕者である。それぞれ民生委員法と児童福祉法に基づいて委嘱されるが、児童福祉法上、民生委員が児童委員を兼ねることとされており、「民生委員・児童委員」が正式な呼称である。
有料老人ホーム	老人福祉法に基づく高齢者向けの生活施設。多くの場合営利企業が経営しており、居住権形態では（終身）利用権方式、賃貸借方式、終身建物賃貸借方式がある。またサービス内容によって、介護保険の指定を受けて特定施設入居者生活介護サービスが提供される「介護付き有料老人ホーム（一般型／外部サービス利用型）」、生活支援等のサービスが提供され、介護が必要になった場合は外部の居宅サービスを利用できる「住宅型有料老人ホーム」、介護が必要になった場合は退去することになる「健康型有料老人ホーム」の3タイプに分けられる。介護付き有料老人ホームについては、要介護認定者のみが入居できるものを「介護専用型」、要支援認定者や自立者も入居できるものを「混合型」と呼称する。
要支援状態／ 要支援認定者	要支援認定者とは、介護認定審査会における審査判定を経て、要支援状態にあると認定された者をいい、要支援状態とは、身体上もしくは精神上の障がいがあるために、日常生活における基本的な動作について常時介護を要する状態の軽減もしくは悪化の防止に支援を要する、または日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態をいう。要支援状態には、要支援1と要支援2の2つの要支援状態区分が設けられている。介護保険法上、要介護状態の類型ではなく、別に区分して定義されているが、「要介護認定」や「要介護認定等」などの表現で総称されることも多い。
リハビリテーション 専門職	理学療法士及び作業療法士法による国家資格を持ち、医師の指示により、身体または精神に障がいのある人に対して、手芸、工作、歌、ダンス、ゲームなどの作業療法によってリハビリテーションを行う専門技術者や、身体機能の回復を電気刺激、マッサージ、温熱その他理学的な手段で行う専門技術者等。

山江村

第9期高齢者福祉計画及び介護保険事業計画

令和6年度～令和8年度（第9期）

発行 山江村 健康福祉課
〒868-8502
熊本県球磨郡山江村大字山田甲 1356 番地の1
電話 0966-23-3111（代表）

発行日 令和6年3月



山江村第9期高齢者福祉計画及び

介護保険事業計画

令和6年3月
山江村 健康福祉課
〒868-8502
熊本県球磨郡山江村大字山田甲 1356 番地の1