

**五木村高齢者福祉計画及び  
第 8 期介護保険事業計画**

**令和 3 年 3 月**

**熊本県 五木村**

## ～ 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・趣旨	1
第2節 国の動向や制度改正を踏まえた計画策定	4
1. 高齢者支援に関する国の主な動向	4
2. 地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部改正の概要	5
第3節 計画の概要	6
1. 計画の法的根拠と位置づけについて	6
2. 計画の期間	7
3. 日常生活圏域の設定	7
4. 住民参画による地域性を活かした計画策定	8
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
1. 人口の推移と予測	9
2. 認定者数と認定率の推移	11
3. 介護給付費の推移	12
4. 認知症高齢者の推移と予測	13
第2節 五木村の高齢者に関する調査	14
1. 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	14
2. 在宅介護実態調査	24
第3章 基本理念と計画策定の考え方	26
第1節 計画の目指す姿	26
1. 基本理念	26
2. 基本目標	28
第2節 地域包括ケアの実現に向けた取り組み	29
1. 主要施策の概要	29
2. 計画の体系	32

### 各論

第1章 健やかで生きがいのある暮らしを実現できるむらづくり	37
第1節 地域における介護予防・健康づくりの推進	37
1. 一般介護予防事業の推進	37
2. 健幸ポイント事業の推進	40
3. 自立支援、介護予防・重度化防止の推進	41
4. 生活支援体制整備事業の推進	43
5. 保健事業と介護予防の一体的実施に向けて	44
第2節 生きがいづくりの支援と社会参加の促進	45
1. 老人クラブ活動の支援	45
2. 就労による生きがいづくりへの支援	46
3. 生涯学習・生涯スポーツの推進	46
4. 地域における支え合いの推進	46
5. 生活支援サービスの充実	47
6. 敬老事業の実施	47
第2章 安心して在宅生活を送ることができるむらづくり	48
第1節 認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って暮らせるむらづくり	48
1. 認知症の早期発見・早期対応	48
2. 認知症初期集中支援チームの活動の活性化	49
3. 認知症サポーターの養成及び活動の活性化	50
4. 認知症相談窓口の認知度向上に向けた取り組みの推進	50
5. 認知症カフェとチームオレンジの設置に向けた取り組みの推進	51
6. 行方不明認知症高齢者等の早期発見のためのSOSネットワークづくり	51
7. 認知症に係る医療・介護の連携強化	51
8. 成年後見制度の利用促進に向けた取り組みの推進	52

第2節	安全・安心な暮らしを支えるむらづくり	54
1.	安心して暮らせる住まいの確保	54
2.	高齢者の移動手段の確保	55
3.	消費者保護・防犯体制の推進	56
4.	防災体制の充実、災害時避難体制の強化	56
5.	感染症対策の強化	56
6.	高齢者の見守り支援体制の強化	57
第3節	高齢者の虐待防止	58
1.	高齢者の虐待防止に関する啓発の充実	58
2.	虐待防止機能の強化	59
3.	虐待への対応	59
第4節	医療と介護をはじめとした地域の多職種連携体制の構築	60
1.	在宅医療・介護連携推進事業の推進	60
2.	多職種連携体制づくりの推進	62
3.	在宅医療・在宅介護の普及・啓発	63
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連携促進	63
第5節	地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進	64
第3章	介護や支援が必要な人に適切なサービスを提供できるむらづくり	66
第1節	地域包括支援センターの機能強化と保険者機能の強化	66
1.	地域包括支援センターの機能強化	66
2.	地域ケア会議の充実	67
3.	包括的支援事業・任意事業の推進	69
4.	介護給付の適正化に向けた取り組みの推進	71
第2節	介護保険サービスの基盤整備	73
1.	必要利用定員総数の設定	73
2.	多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みの推進	74
3.	介護サービスの質の確保・向上に向けた取り組みの推進	74
4.	介護給付費等対象サービスの見込みと確保策	75
5.	第8期介護保険料の算定	86
資料編		95



# 総論



## 第1章 計画策定にあたって

### 第1節 計画策定の背景・趣旨

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

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

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

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

本村では、これまで「新しい介護予防・日常生活支援総合事業」、「在宅医療・介護連携の強化」、「地域ケア会議の推進」、「総合的な認知症施策の推進」、「生活支援・介護予防の基盤整備」の5つの柱を重点的取り組み事項とした「地域包括ケアシステム」の構築に向けて、基盤整備を進めてきました。

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

そのため、高齢者福祉サービスの整備（公助）を検討しつつ、多くの高齢者が健康で、仕事や地域の中の活動等で役割を担いつつ活躍できる取り組み（自助・互助）の充実を図っていくことを目指し、令和7年（2025年）を見据えた中長期的な計画の3期目の計画として、『第8期五木村高齢者福祉計画及び介護保険事業計画』を策定しました。

## ■介護保険制度の経過

### 第1期 制度開始

平成12年度～平成14年度  
全国平均保険料：2,911円

- サービスを原則1割の負担で利用できる制度の開始
- 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  
全国平均保険料：3,293円

- 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  
全国平均保険料：4,090円

- 介護予防システムの構築と高齢者の尊厳を考えたケアの確立
- 「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  
全国平均保険料：4,160円

- 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（要介護認定やケアマネジメント等の適正化）
- 介護サービス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  
全国平均保険料：4,972円

- 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、住まいの連携強化により、高齢者が包括的・継続的にサービスを受けられる体制づくり
- 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  
全国平均保険料：5,514円

- 地域包括ケア実現のための方向性を継承し、在宅医療・介護連携等の本格化
- 2025年までのサービス・保険料水準等、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  
全国平均保険料：5,869円

- 新しい介護予防・日常生活支援総合事業の開始
- 在宅医療・介護連携の強化や認知症施策の推進と地域ケア推進会議の設置
- 居宅介護支援事業所の権限移行等、市町村権限の強化
- 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

## ■ 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

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)

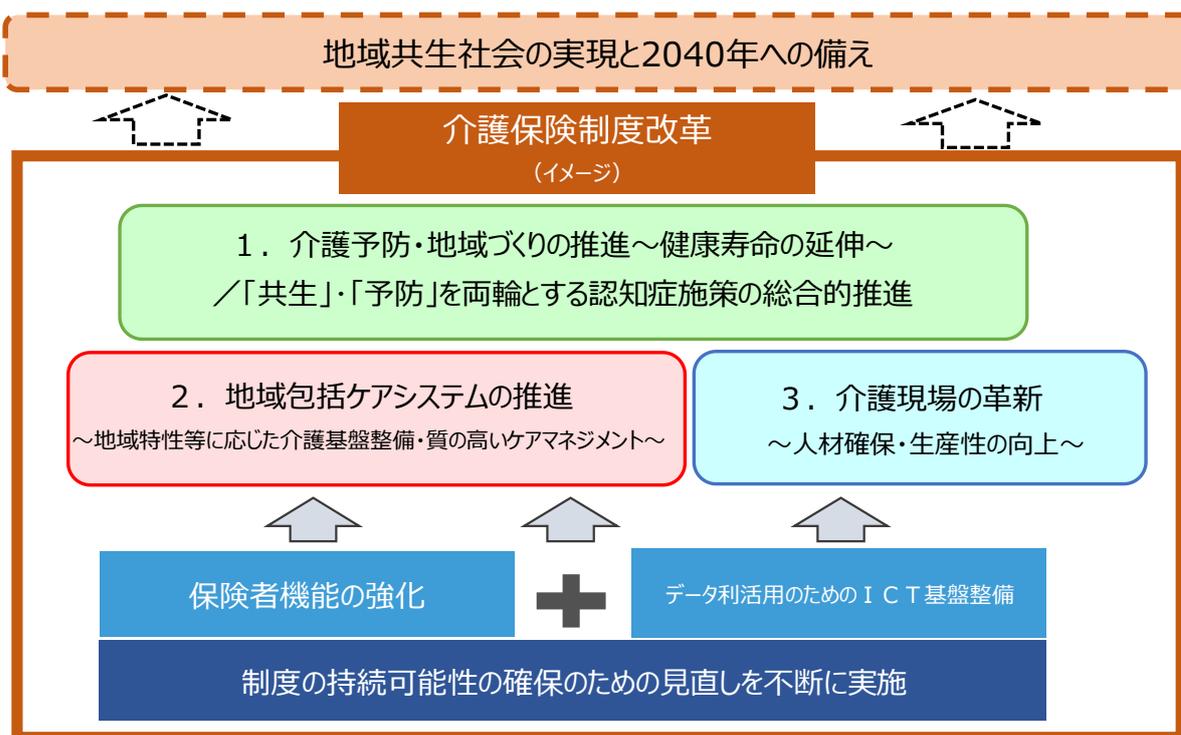
- 各地域におけるアウトカムの「見える化」が進む中で、各保険者の成果や結果に対するマネジメント責任が重視される流れに。
- 地域ケア会議や協議体、見える化システム等、より地域全体で地域マネジメントを進める体制の構築が進む。

## 第2節 国の動向や制度改正を踏まえた計画策定

### 1. 高齢者支援に関する国の主な動向

国は、第8期計画策定に向けた基本方針として以下3つの目標を掲げています。

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



### 保険者機能強化推進交付金（令和元年度）

#### I. PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築

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

#### II. 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進

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

#### III. 介護保険運営の安定化に資する施策の推進

介護給付の適正化	介護人材の確保
----------	---------

## 2. 地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部改正の概要

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

### 【改正の概要】

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

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

#### 2. 地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進

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

#### 3. 医療・介護のデータ基盤の整備の推進

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

#### 4. 介護人材確保及び業務効率化の取組の強化

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

#### 5. 社会福祉連携推進法人制度の創設

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

### 第3節 計画の概要

#### 1. 計画の法的根拠と位置づけについて

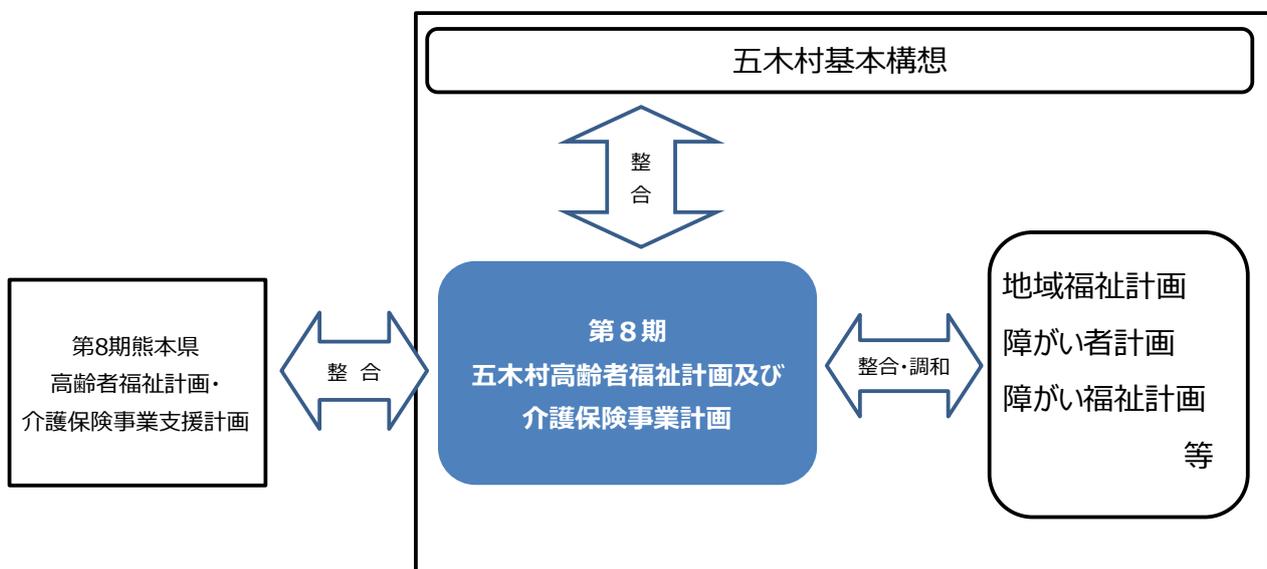
##### (1) 計画の法的根拠について

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、平成30年3月に策定した第7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、五木村の高齢者福祉計画及び介護保険事業計画として一体的に策定するもので、従前計画である「五木村高齢者福祉計画及び第7期介護保険事業計画（平成30年度～令和2年度）」を引き継ぐものです。なお、高齢者福祉計画は、すべての高齢者を対象とした高齢福祉及び高齢者の権利擁護、自立生活の支援などに関する施策全般にわたる計画であり、介護保険事業計画は、介護及び介護予防サービスや、地域支援事業など、介護保険事業に関して定める計画です。

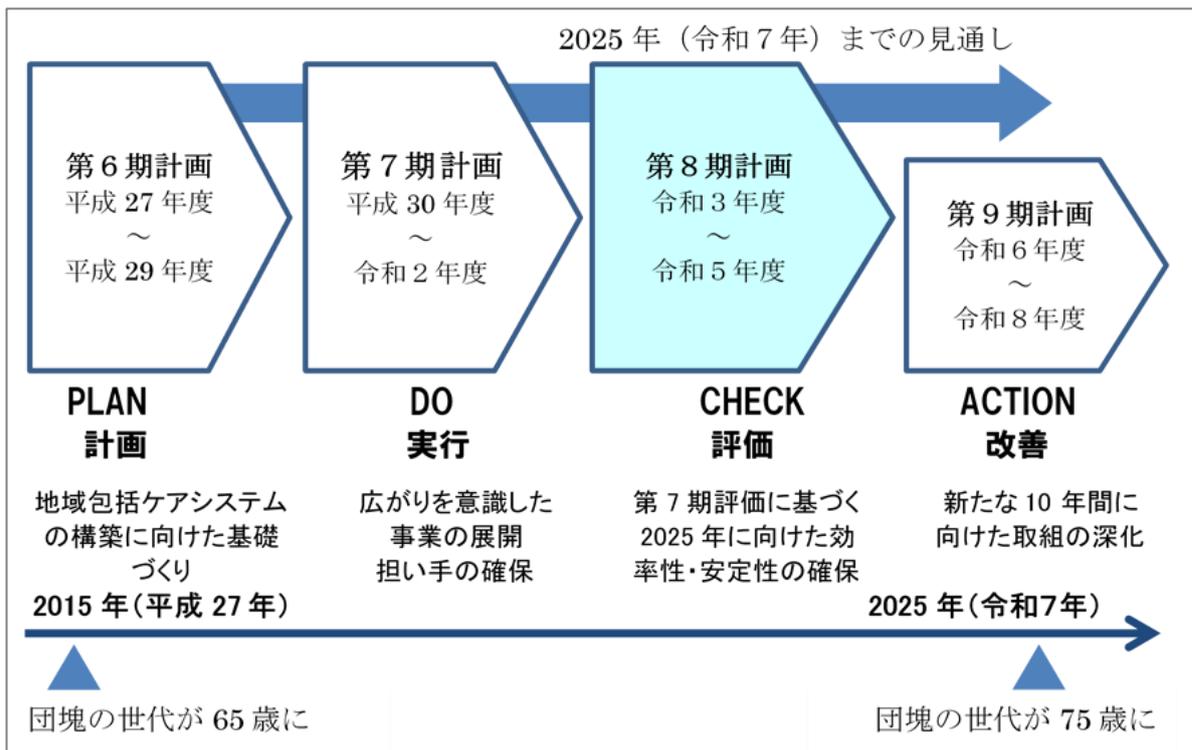
本村の行政計画における位置づけとしては、「五木村基本構想」をはじめ、保健福祉関連計画等、他の計画と調和のとれた計画とします。



## 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3年度から令和5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五木村地域包括ケア計画として、第7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

本計画策定に向けて行った主な取り組みは以下のとおりです。

##### (1) 五木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五木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2年6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2年8月までにアンケート調査を実施しました。



## 第2章 高齢者を取り巻く現状と課題

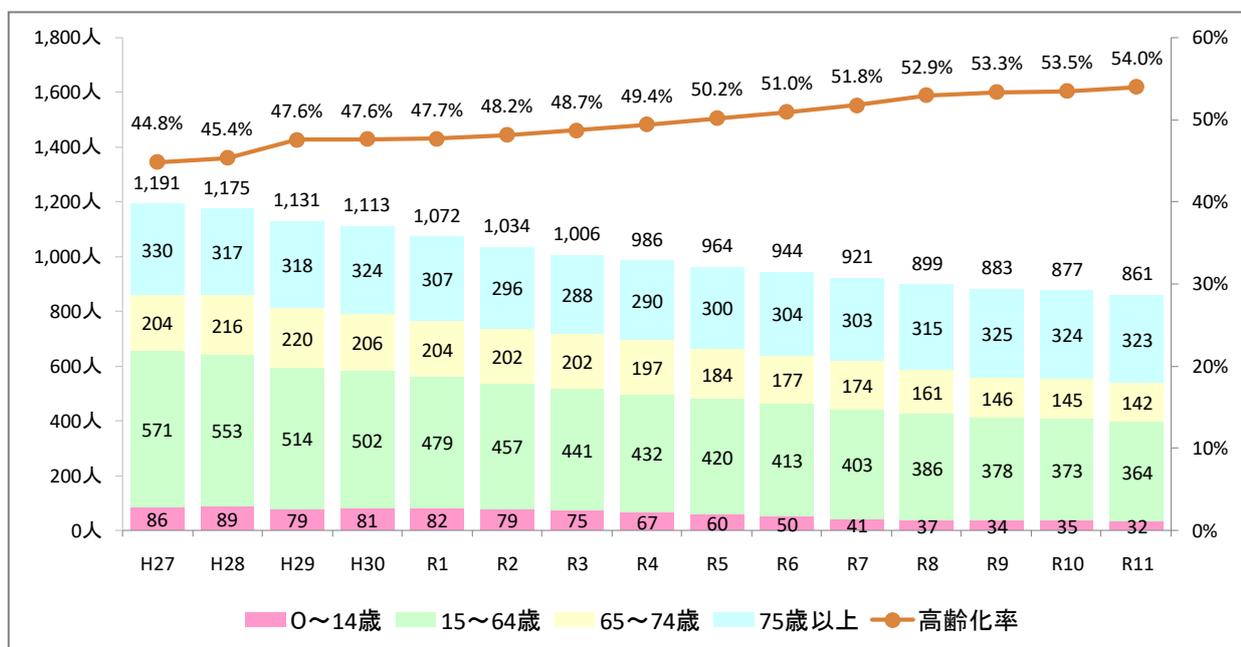
### 第1節 人口と高齢者の状況

#### 1 人口の推移と予測

本村の人口は、平成27年の1,191人から令和元年には1,072人となり、119人の減少となっております。高齢者（65歳以上）人口も、平成29年をピークに減少の段階に入っております。

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、高齢者人口ともに今後も減少を続けていきますが、後期高齢者はほぼ横ばいから令和5年度頃からはやや増加で推移していくため、介護保険財政にとっては、保険料負担者の減少もあり、急激な介護保険料の増大が懸念されます。

【総人口と高齢化率の推移】



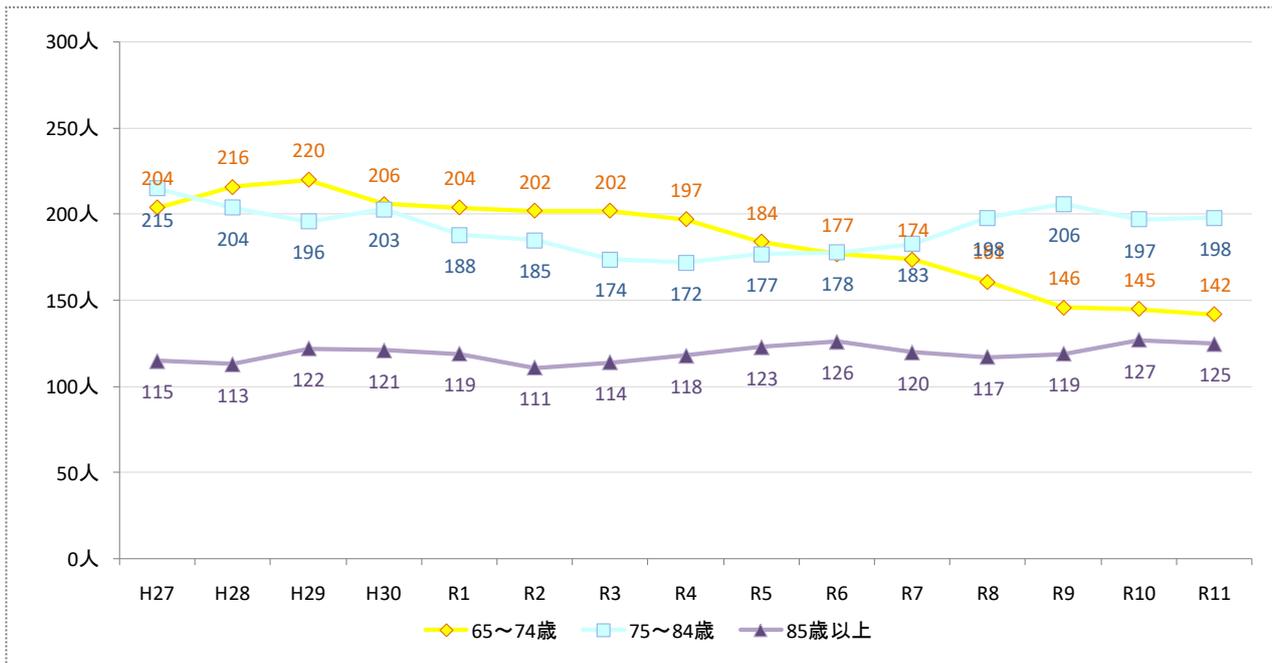
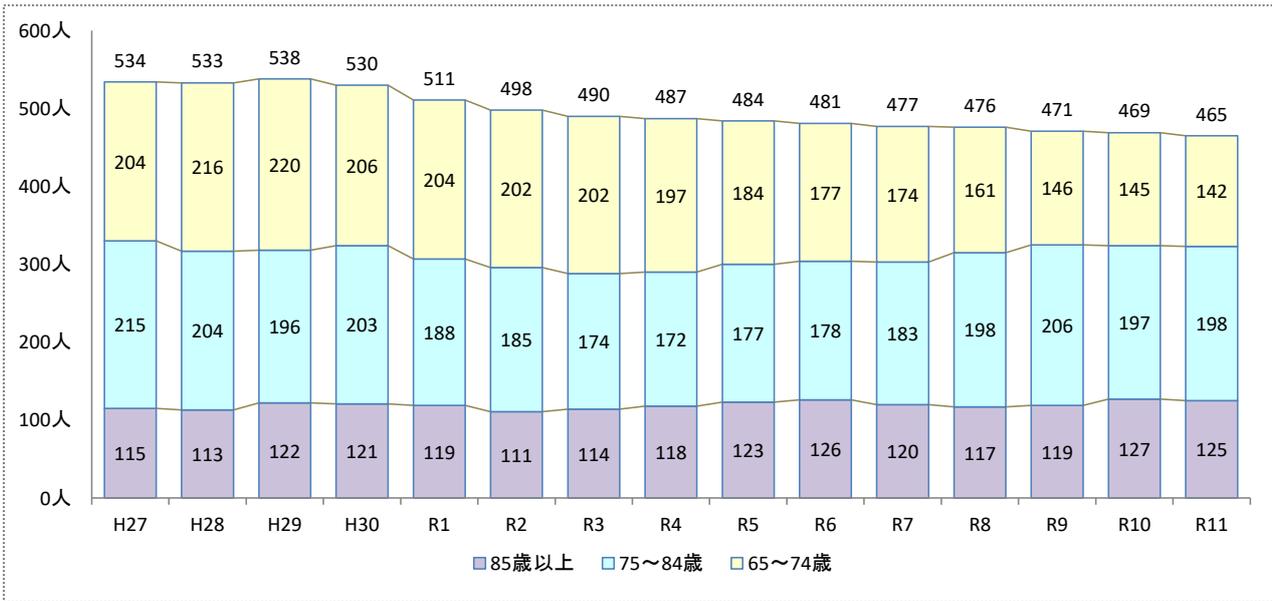
平成27年～令和元年：各年10月住民基本台帳、令和2年～：コーホート変化率法による推計

#### 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】

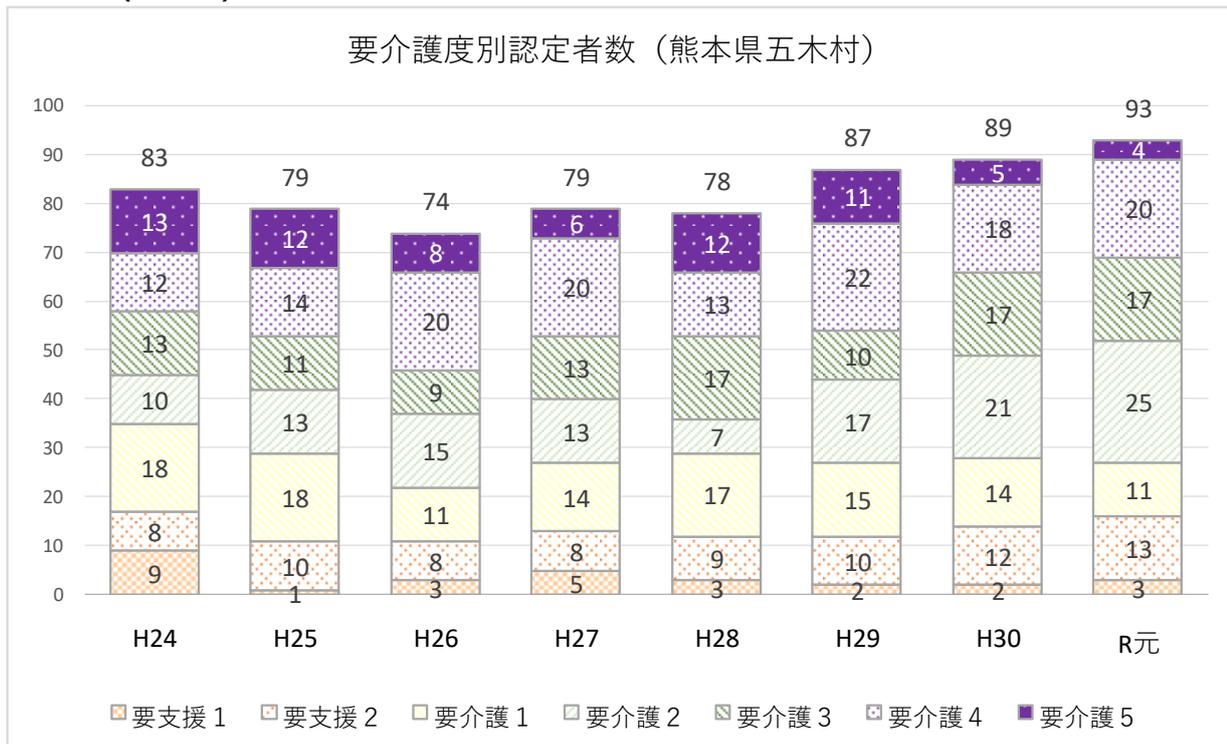


## 2. 認定者数と認定率の推移

要介護（要支援）認定者数は、平成 24 年の 83 人から、横ばいに近い推移となっておりますが、平成 29 年から増加傾向が見られており、令和元年には 93 人となっております。

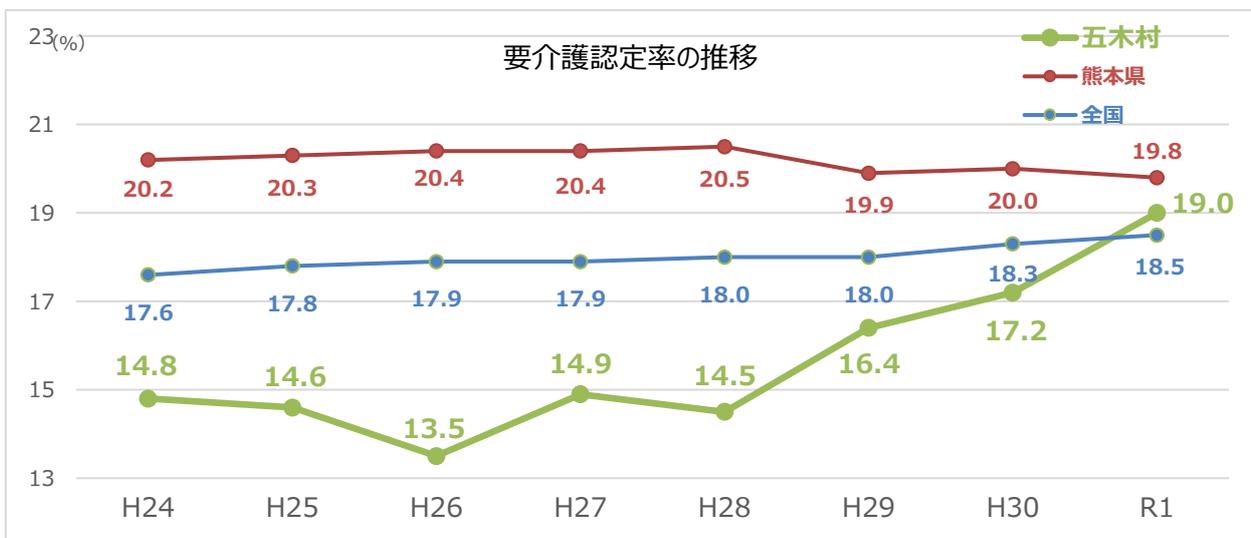
要介護(要支援)認定率も、平成 24 年の 14.8%から、令和元年には 19.0%となっております、近年は上昇が続いています。

【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」10 月月報

【要介護(要支援)認定率の推移と国・県比較】

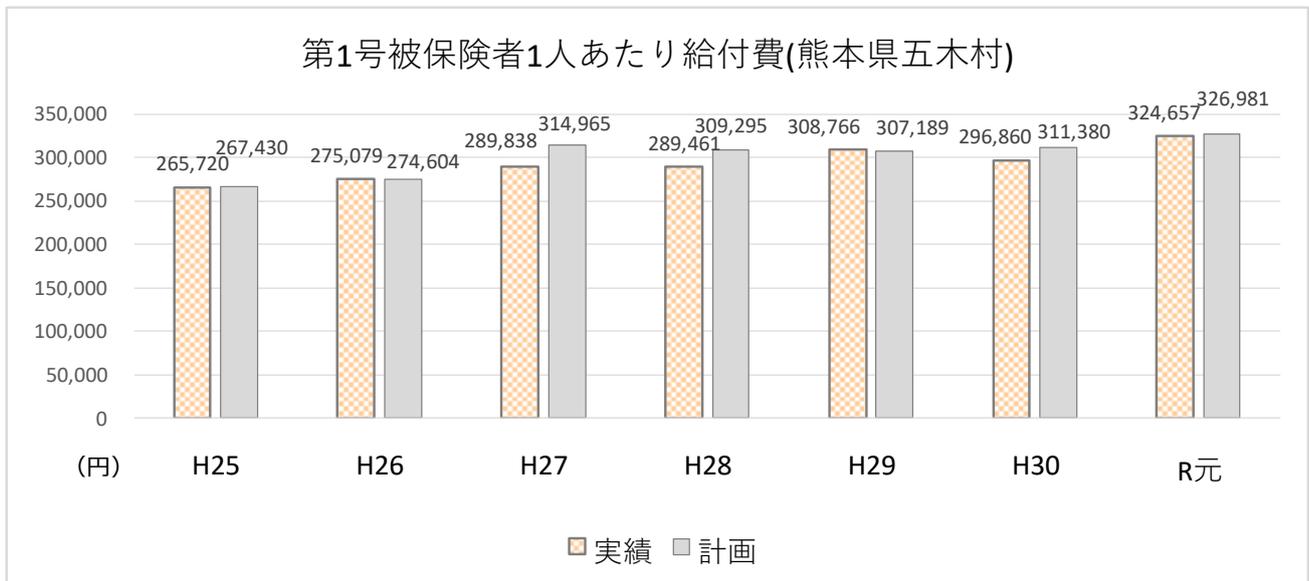
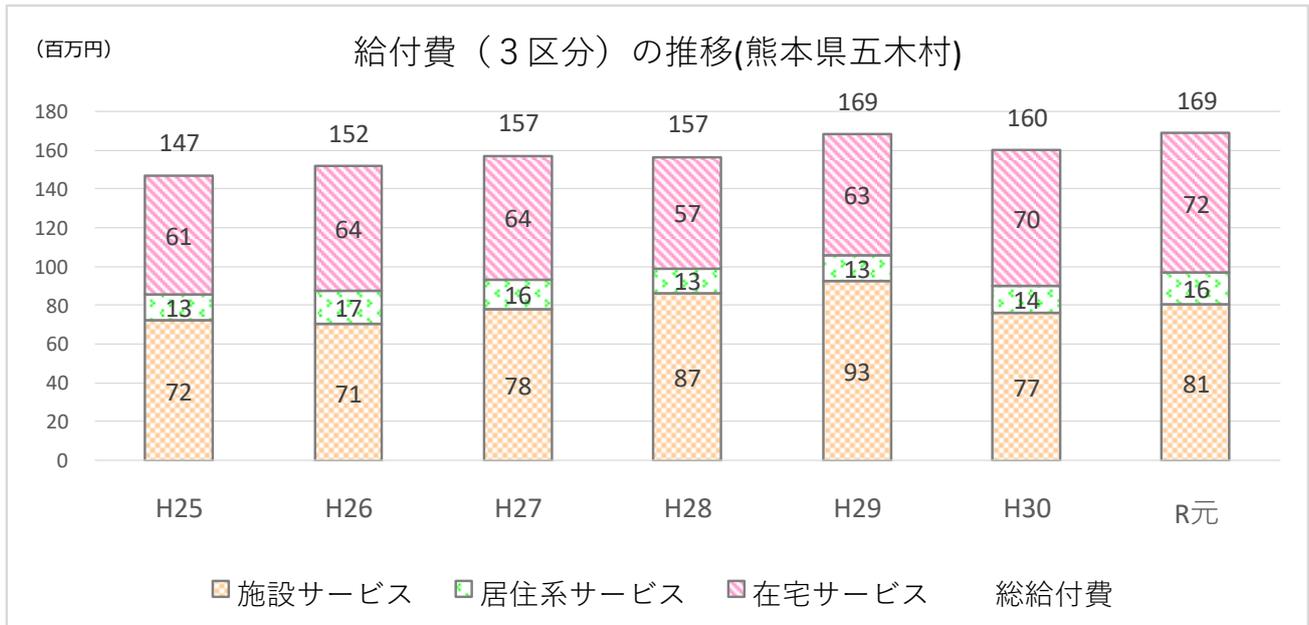


厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報・月報

### 3. 介護給付費の推移

総給付費は、平成 25 年度の約 1.47 億円から令和元年度は約 1.69 億円と増加の傾向が見られています。内訳をみても、施設サービス・居住系サービス・在宅サービスの 3 区分ともに平成 25 年度と令和 2 年度との比較では増加しています。

第 1 号被保険者 1 人あたり給付費の実績値と計画値をみると、毎年計画値とあまり差のない実績値で推移していますが、給付費自体は総給付費と同様に増加の傾向となっています。

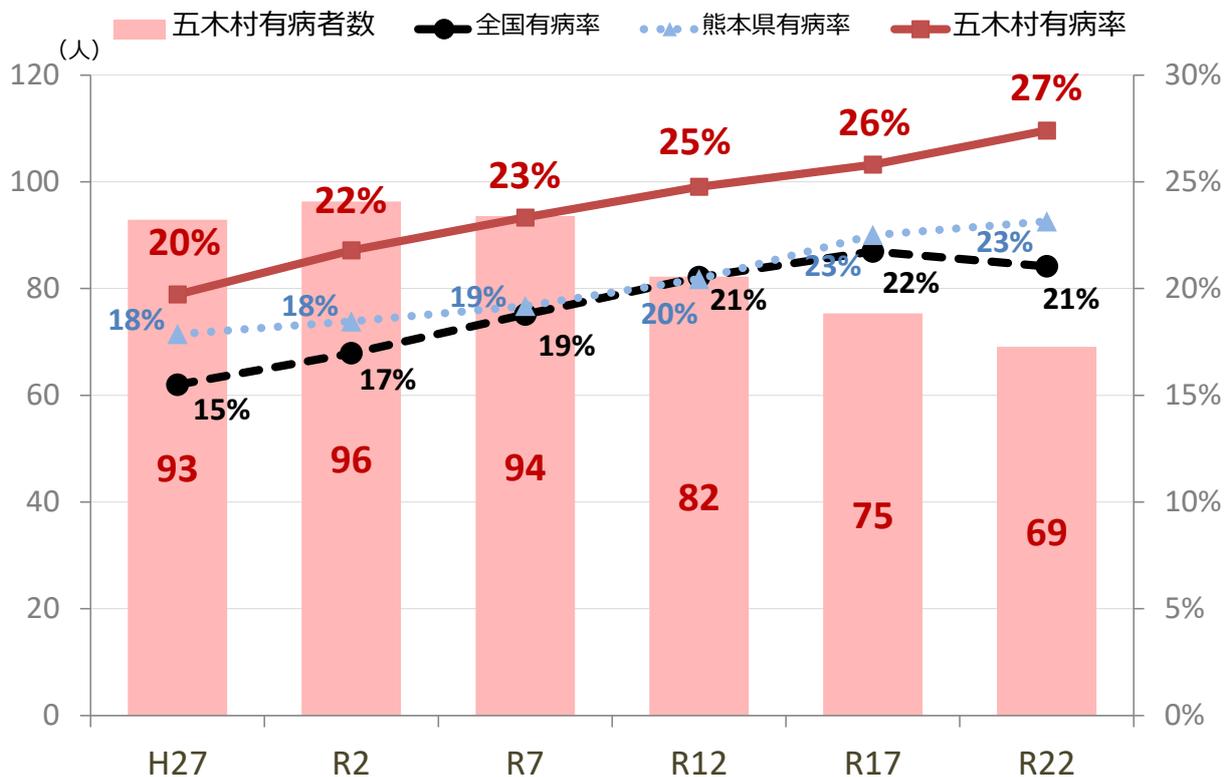


地域包括ケア見える化システム

#### 4. 認知症高齢者の推移と予測

本村の認知症高齢者数の将来推計については、平成 27 年の 93 人から、令和 22 年には 69 人と人数は減少するものの、人口の減少に伴い、有病率としては 20%から 27%まで上昇が予測されていることから、地域・関係団体等と一体となった認知症との共生・予防の推進が求められています。

【認知症有病者数・有病率の推計】



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。

## 第2節 五木村の高齢者に関する調査

### 1. 介護予防・日常生活圏域二一ズ調査

#### (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・意向を調査分析することにより、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。

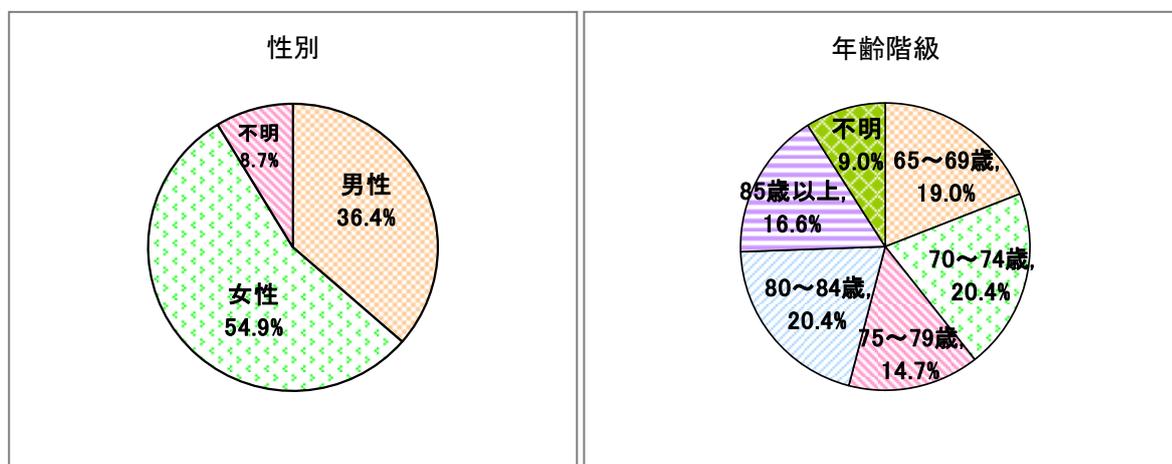
#### (2) 調査対象及び配布・回収の状況

	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歳以上の介護認定を受けていない人 事業対象者 要支援1・2認定者
配布数	506件
有効回答数	368件
有効回答率	72.7%

#### (3) 回答者の属性

性別は、女性が54.9%、男性が36.4%となっています。

年齢階級は、「70～74歳」と「80～84歳」が20.4%、「65～69歳」が19.0%の順となっており、前期高齢者が39.4%、後期高齢者が51.7%となっています。

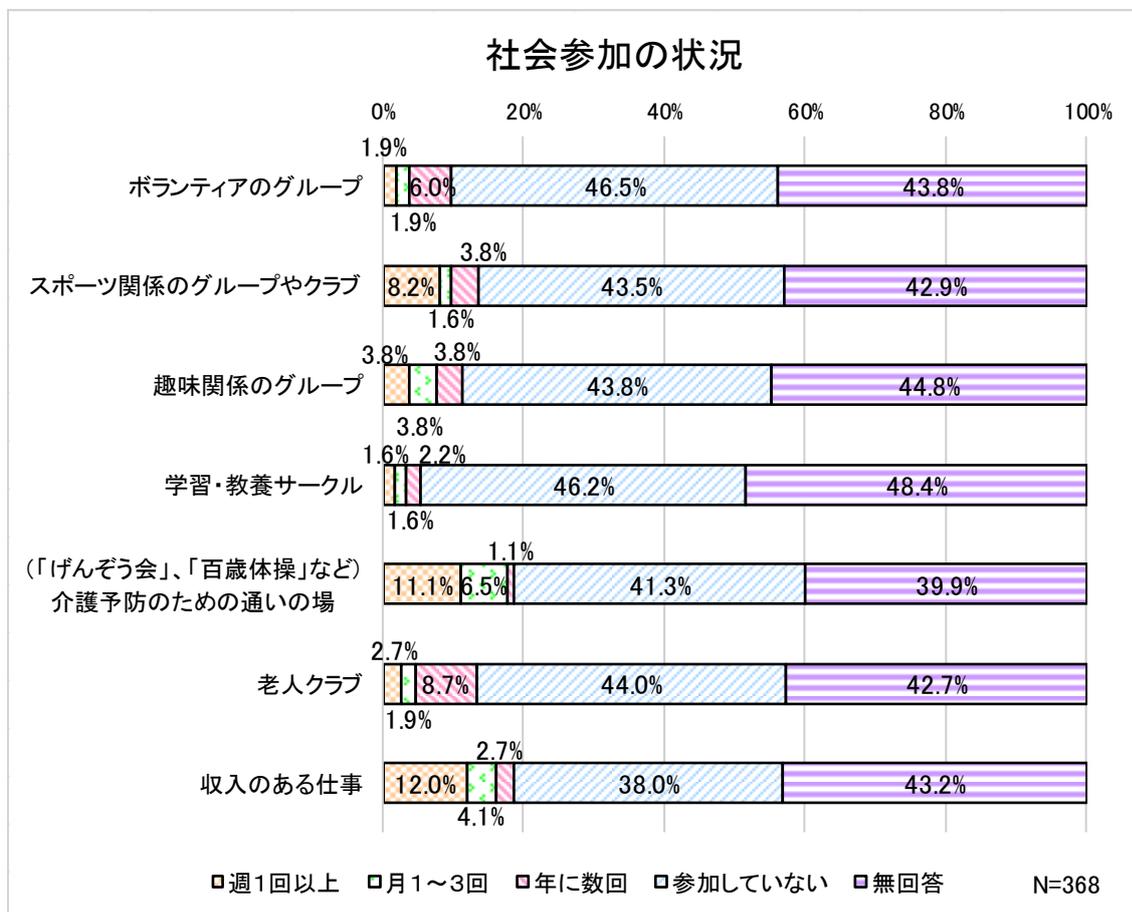


## ■地域での活動の様子（会やグループ等への参加頻度）

地域で行われている会・グループにどのくらいの頻度で参加をされているのか分析を行いました。その結果、「収入のある仕事（12.0%）」、「介護予防のための通いの場（11.1%）」、「スポーツ関係のグループやクラブ（8.2%）」の参加率が比較的高くなっていました。

一方、そもそも週1回以上の活動（会合）等があまりないと思われる、「老人クラブ」や「町内会・自治会」を除くと、「学習・教養サークル」、「ボランティアのグループ」などの参加頻度が低い結果となりました。

今後は、地域支援事業だけでなく、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施との連携等により、参加割合が比較的高い「スポーツ関係のグループやクラブ活動」などの機会を通じ、どのような活動を行っており、どのような人が参加しているのかを把握すること、さらに個別の支援が必要な人へのアプローチを行っていくことが重要と考えられます。

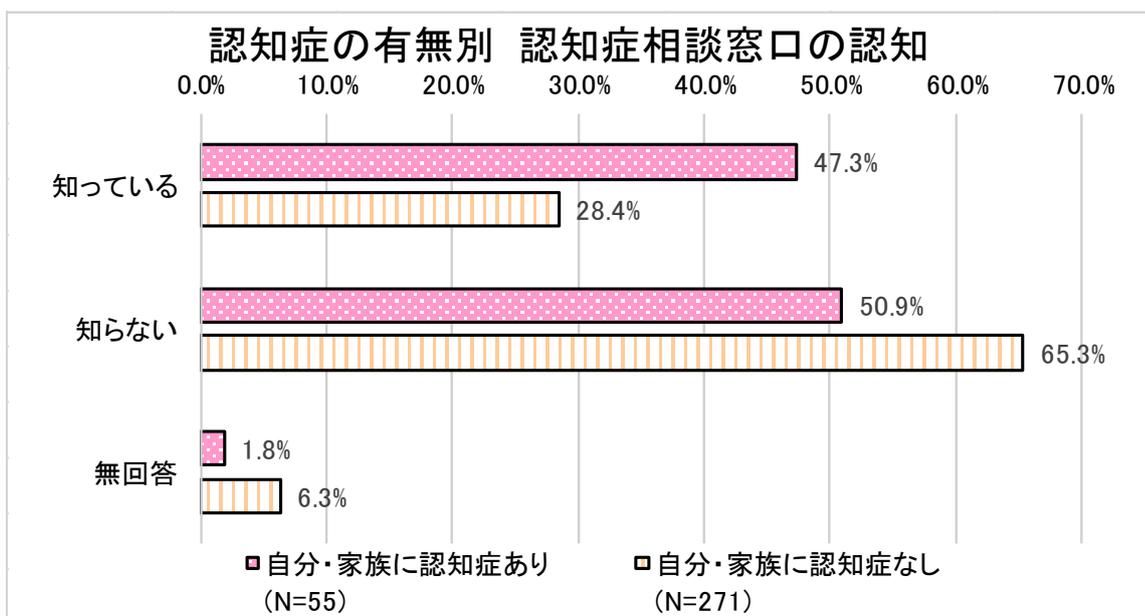
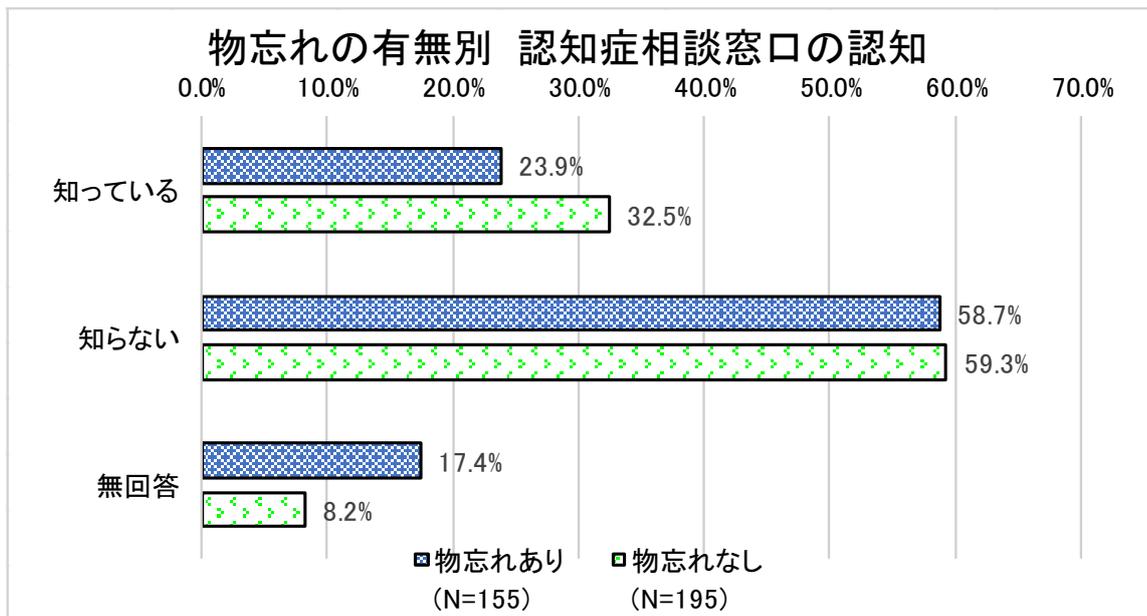


## ■ 認知症支援に関する調査結果

### (1) 認知症相談窓口の認知について

認知症に関する相談窓口の認知度について、自覚的物忘れがある人となない人、自分または家族に認知症の症状がある人となない人に分けて分析を行いました。

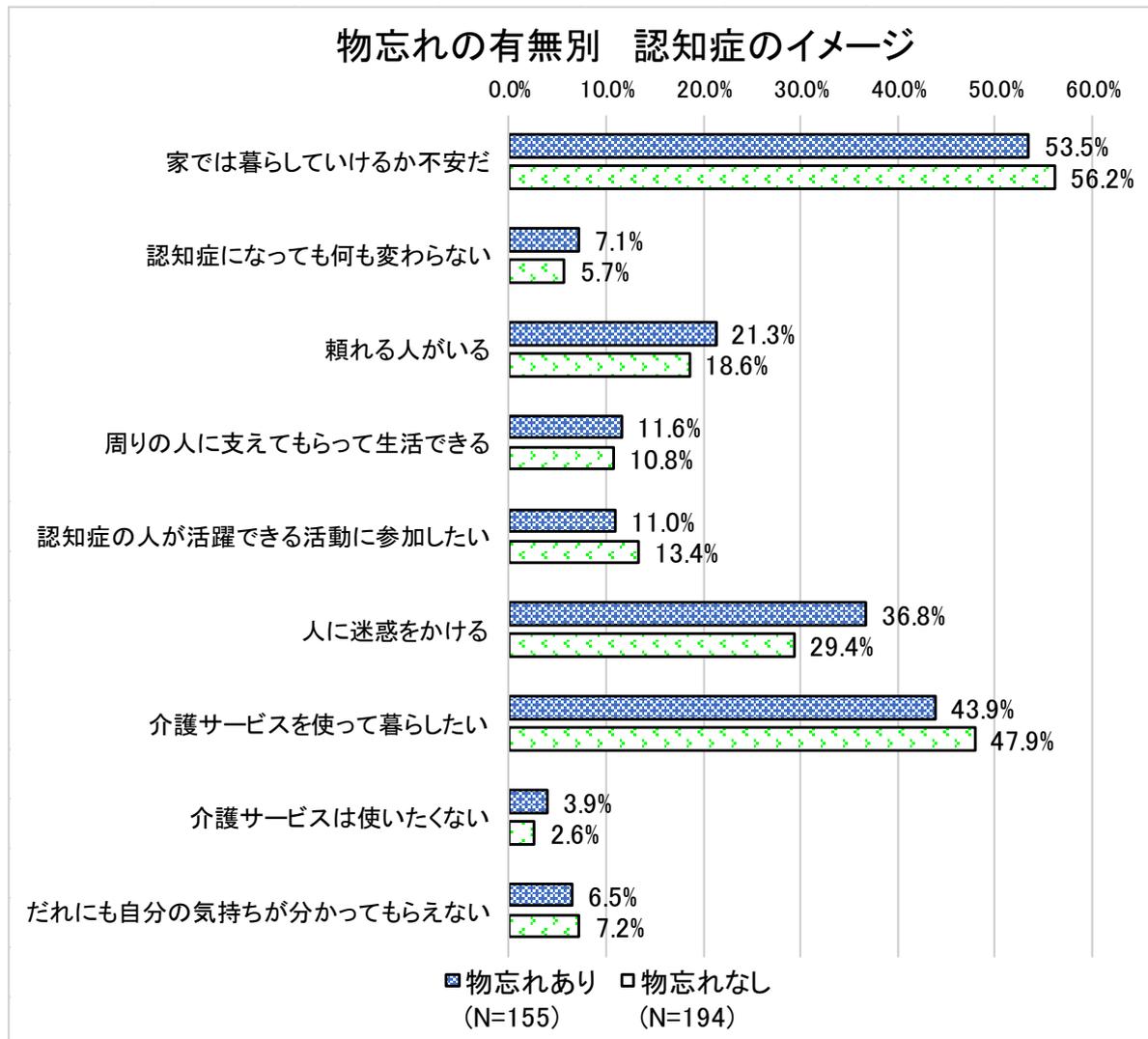
認知症相談窓口を知らない人は、自覚的物忘れがある人で 58.7%、自分または家族に認知症の症状がある人でも 50.9%となっており、相談が必要となったときに窓口につながる事ができるよう、認知機能が正常なうちから相談窓口の周知を行う必要が示唆されています。



## (2) 認知症のイメージについて

もしも「自分が認知症になったらどうなるか」を考えたとき、どんなことをイメージするか、について、自覚的物忘れがある人とない人に分けて分析を行いました。

自分が認知症になったときのイメージとして、自覚的物忘れがある人、ない人ともに、「家では暮らしていけるか不安だ」と考えている人が多く、自覚的物忘れがない人のほうが、より多くの不安を感じていました。

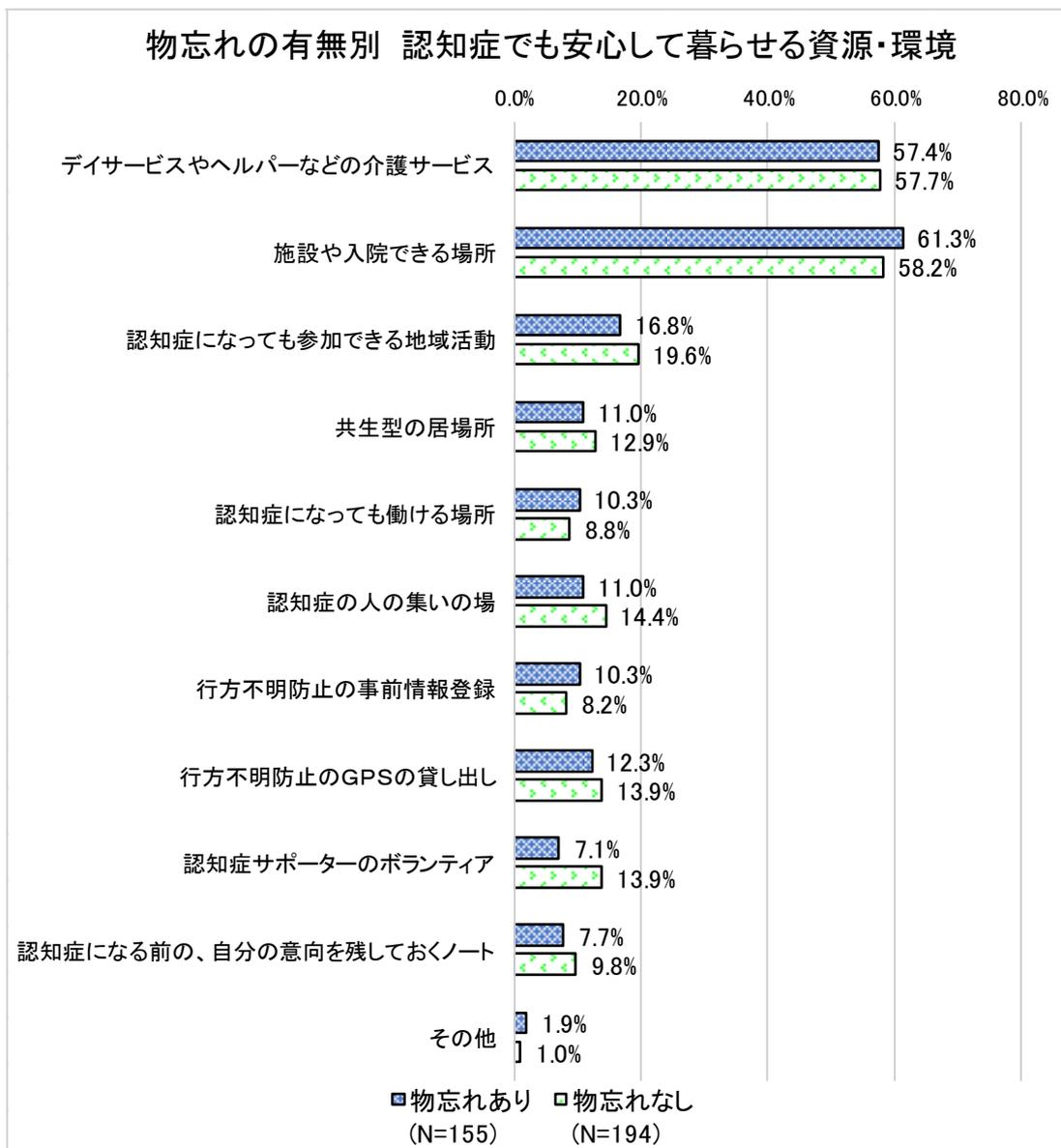


### (3) 認知症になっても安心して暮らせる資源・環境について

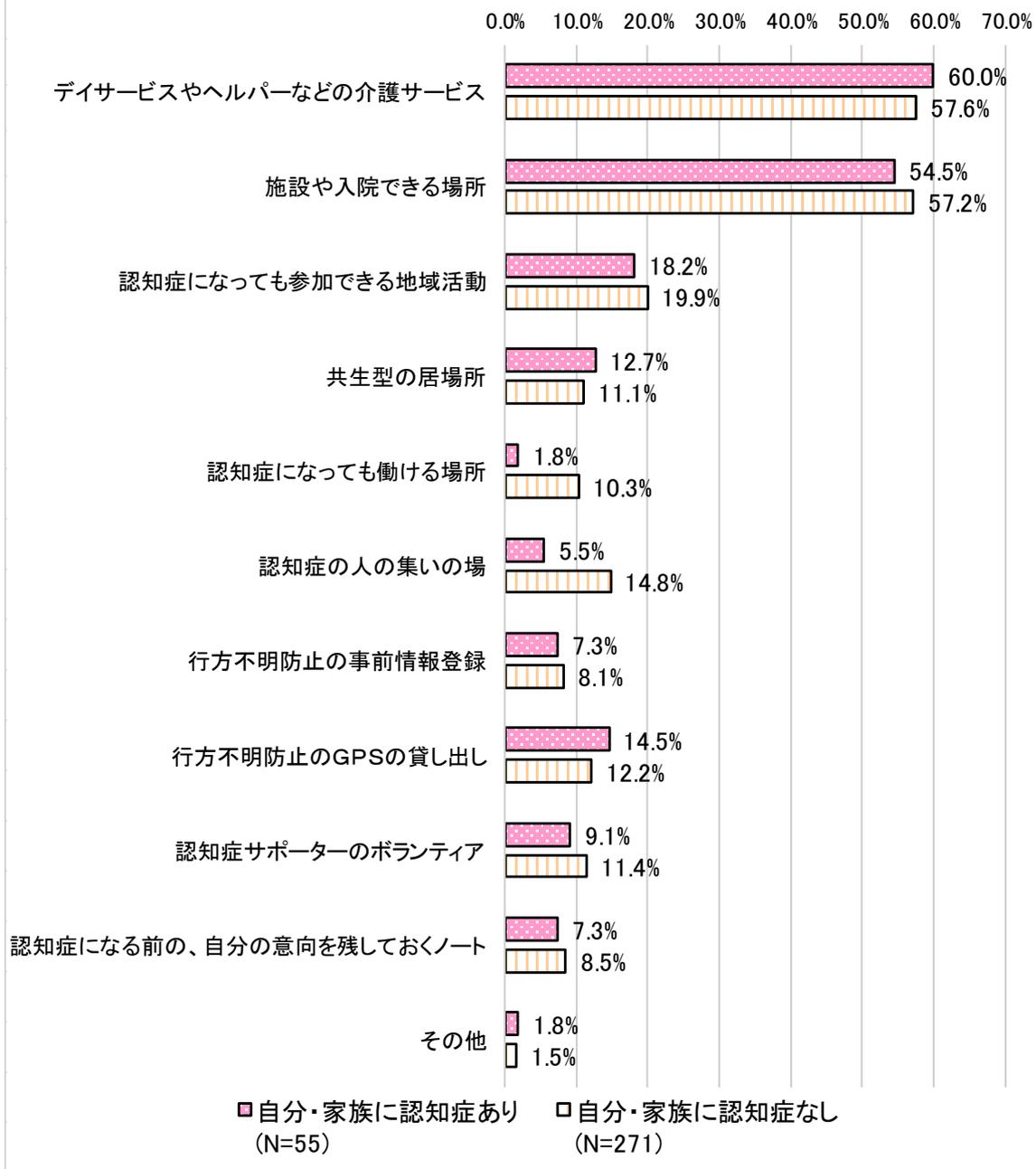
どんなサービス等があれば認知症になっても安心して暮らせると思うか、について、自覚的物忘れがある人とない人、自分または家族に認知症の症状がある人とない人に分けて分析を行いました。

認知症になっても安心して暮らすために必要な資源として、自覚的物忘れがある人とない人、自分または家族に認知症の症状がある人とない人のいずれにおいても、「施設や入院できる場所」、「デイサービスやヘルパーなどの介護サービス」と回答した人が5割以上となりました。

また、自覚的物忘れがない人、自分または家族に認知症の症状がない人のほうが、「認知症になっても参加できる地域活動」、「認知症の人の集いの場」といった資源を必要と考えており、自分または家族に認知症の症状がない人のほうが「認知症になっても働ける場所」が必要と考えていました。この点から、認知機能が健常なうちから認知症との共生に関する普及・啓発の必要性が考えられます。



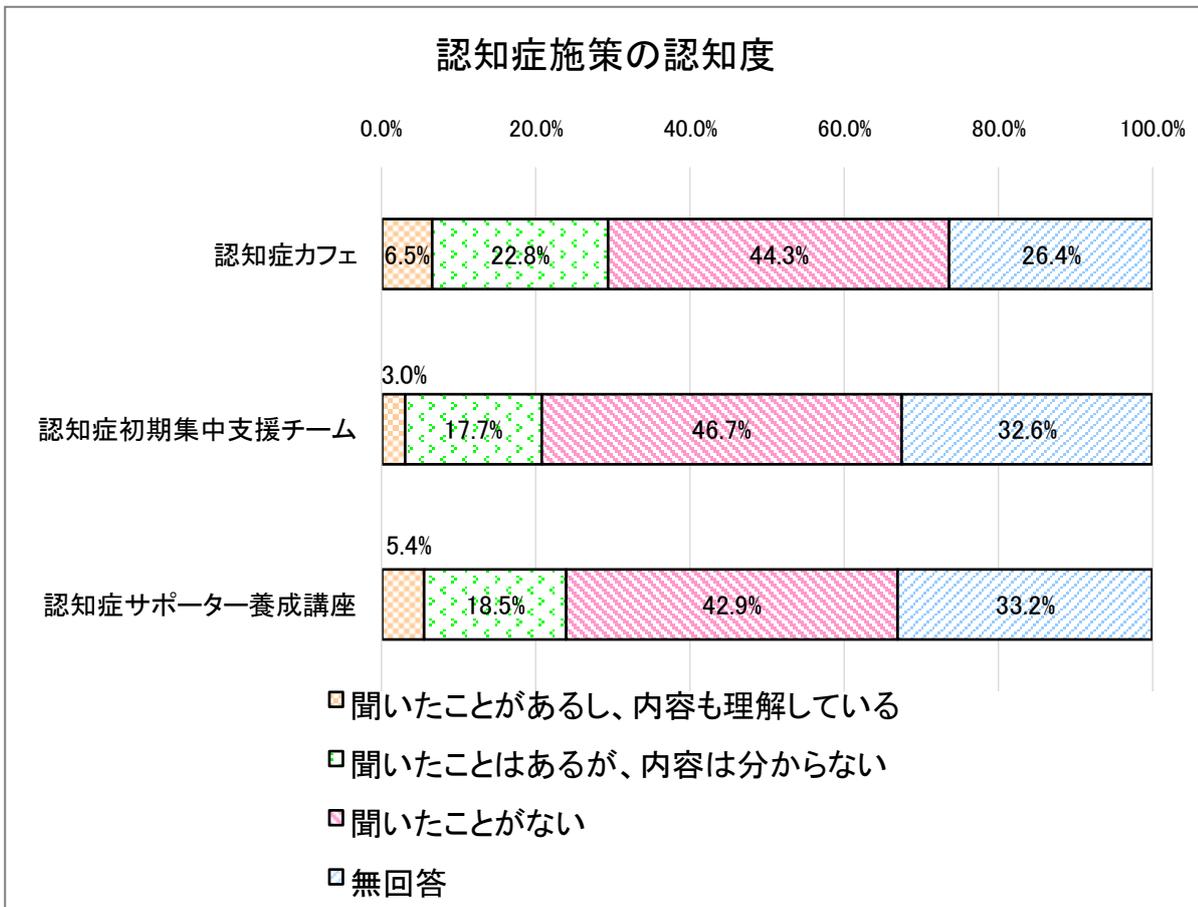
## 認知症の有無別 認知症でも安心して暮らせる資源・環境



#### (4) 認知症に関する施策の認知度について

本村の認知症に関連する施策の認知度について分析を行ったところ、「認知症カフェ」、「認知症初期集中支援チーム」、「認知症サポーター養成講座」のいずれの施策においても「聞いたことがない」と回答した人が「聞いたことがある」と回答した人よりも多く、「聞いたことはあるが、内容は分からない」という人を含めると、いずれも6割以上の人が施策の内容をご存じでないことが分かりました。

認知症になっても安心して暮らせるむらづくりを進めていくため、支援が必要になったとき速やかに資源が活用できるよう、相談窓口の周知と同時に村内にある資源を見える化し、より一層施策の周知を図っていく必要があります。



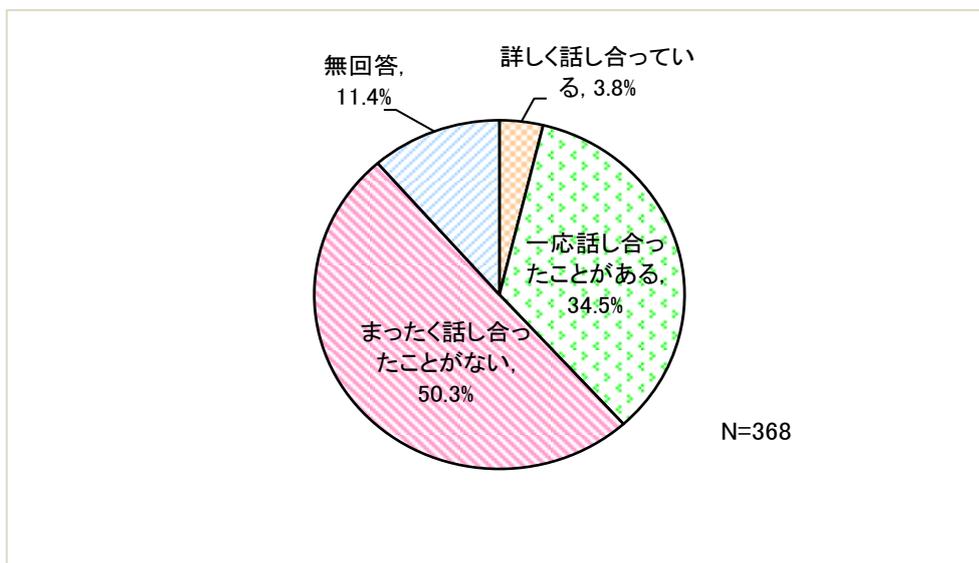
## ■在宅医療・在宅介護に関する調査結果

自身の死が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療について、家族とどのくらい話し合ったことがあるか、についての調査を行ったところ、「まったく話し合ったことがない」という人は50.3%となっています。

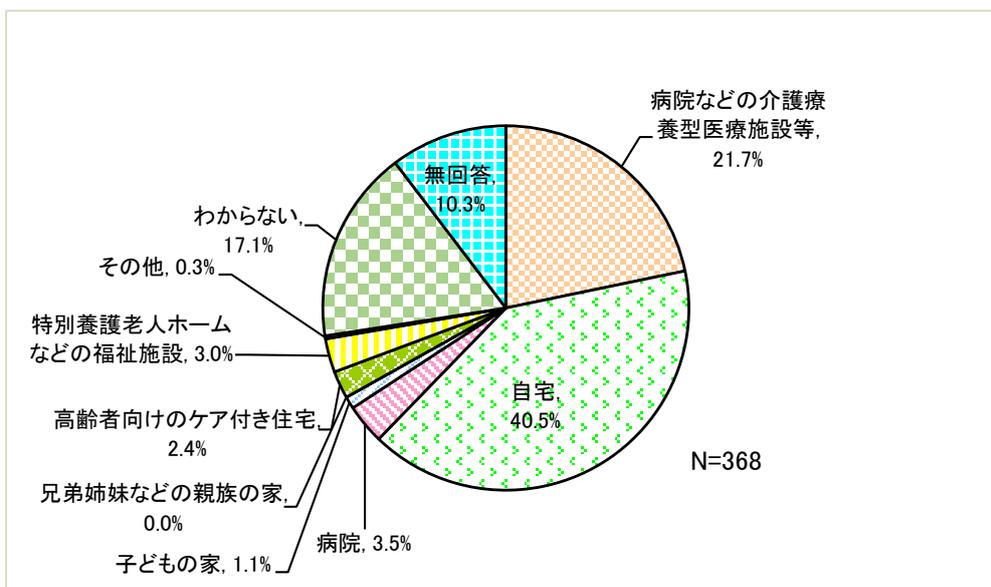
一方で、最期を迎えたいと思う場所として「自宅」と答えた人は40.5%で、残りの約6割には「病院」や「施設」など、さまざまなニーズが存在しています。

現在の病気だけでなく、意思決定能力が低下する場合に備えて、あらかじめ終末期を含めた医療や介護について話し合っておくことの重要性も調査結果から見えてきます。

【終末期医療・介護について家族との話し合いの有無】



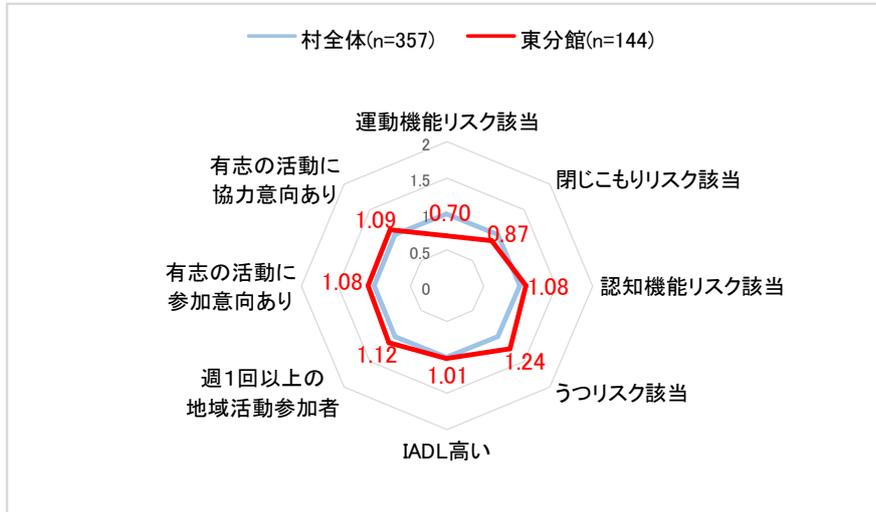
【最期を迎えたいと思う場所】



## ■ 地区別の診断結果

村内を分館ごとに4つの地区に分類して、各種評価項目を地区ごとに診断を行ったところ次のような結果となりました。(数値は村全体の平均を1.00とした場合の比較)

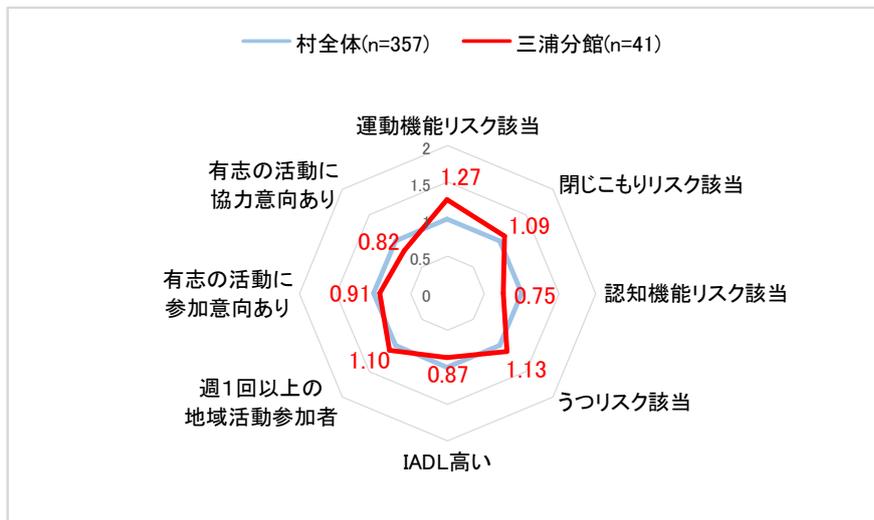
### 【東分館地区】



地区診断 (村の平均より1割以上差がある項目)

- 運動機能リスク該当者が少ない
- 閉じこもりリスク該当者が少ない
- 週1回以上の地域活動参加者が多い
- うつリスク該当者が多い

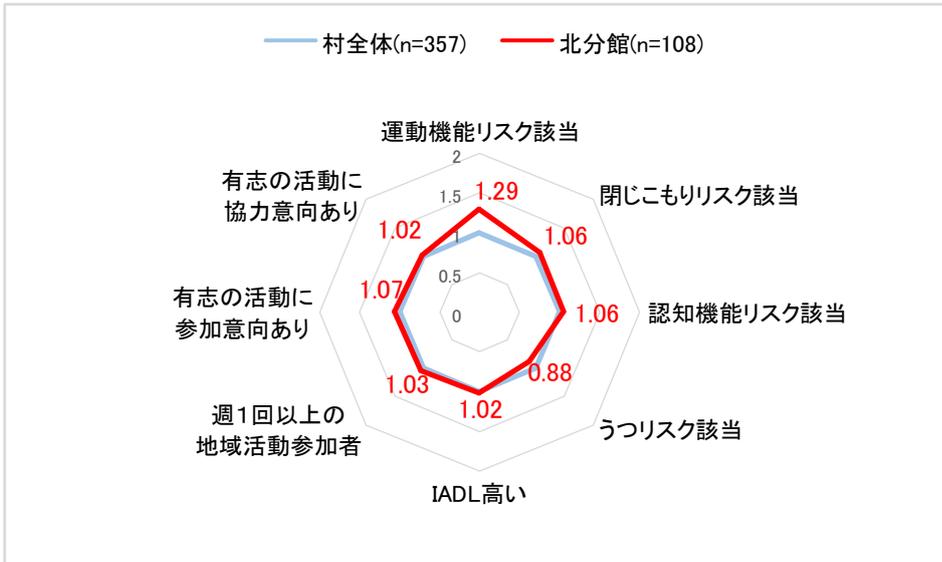
### 【三浦分館地区】



地区診断 (村の平均より1割以上差がある項目)

- 認知機能リスク該当者が少ない
- IADL 該当が低い
- 週1回以上の地域活動参加者が多い
- 運動機能リスク該当者が多い
- うつリスク該当者が多い
- 有志の活動への協力意向が少ない

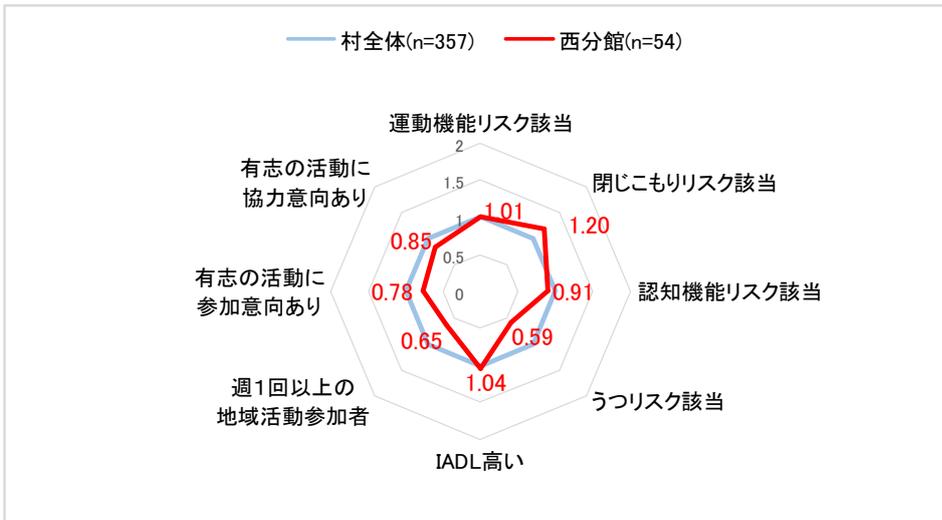
【北分館地区】



地区診断（村の平均より 1 割以上差がある項目）

- うつリスク該当者が少ない
- 運動機能リスク該当者が多い

【西分館地区】



地区診断（村の平均より 1 割以上差がある項目）

- うつリスク該当者が少ない
- 閉じこもりリスク該当者が多い
- 週1回以上の地域活動参加者が少ない
- 有志の活動への参加意向が少ない
- 有志の活動への協力意向が少ない

## 2. 在宅介護実態調査

### (1) 調査の目的

第8期介護保険事業計画において、「介護離職をなくしていくためにはどのようなサービスが必要か」といった観点も盛り込み、「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方の把握方法等を検討する目的で在宅介護実態調査を実施しました。

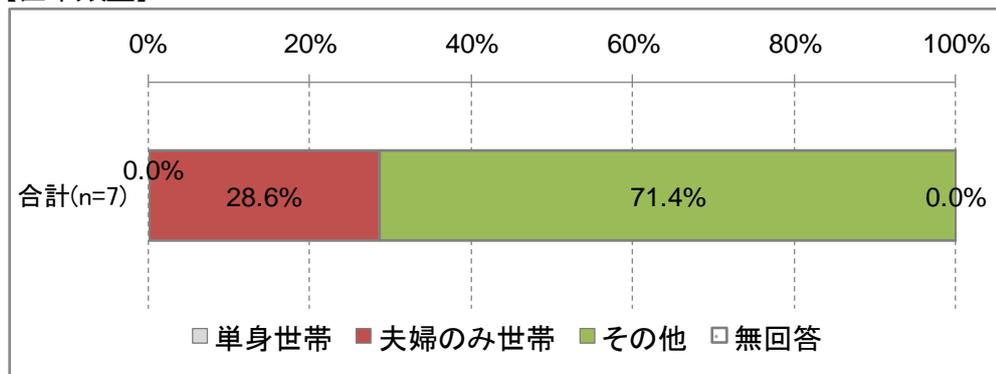
### (2) 調査対象及び配布・回収の状況

在宅介護実態調査	
配布方法 回収方法	認定調査員による聞き取り
抽出方法	要介護認定者（施設等入所を除く）
回答数	7件

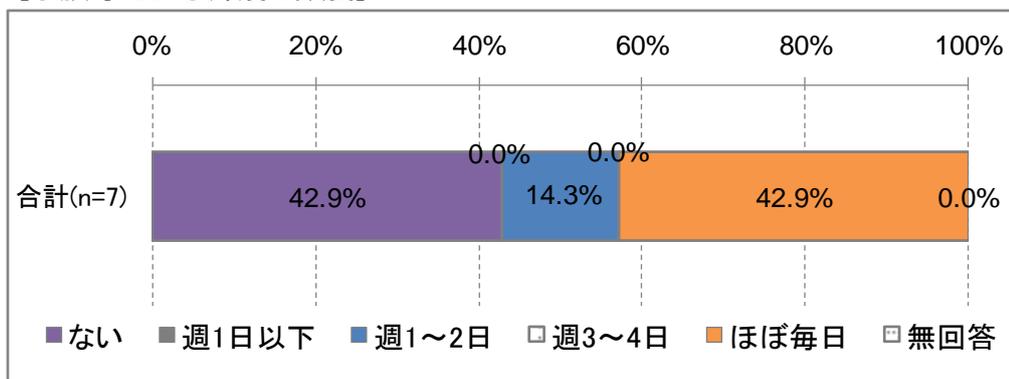
### ■ 世帯類型と介護の頻度

単身でも夫婦のみでもない「その他」の世帯が71.4%（5件）と最も多く、介護の頻度は、「ほぼ毎日」と「ない」がそれぞれ42.9%（3件）となっています。

【世帯類型】



【家族等による介護の頻度】

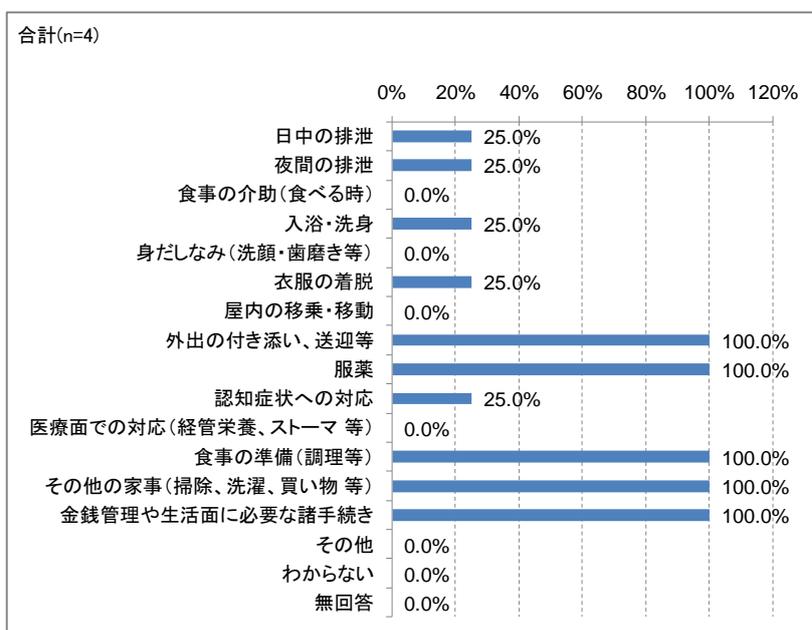


## ■主な介護者が行っている介護・不安を感じる介護

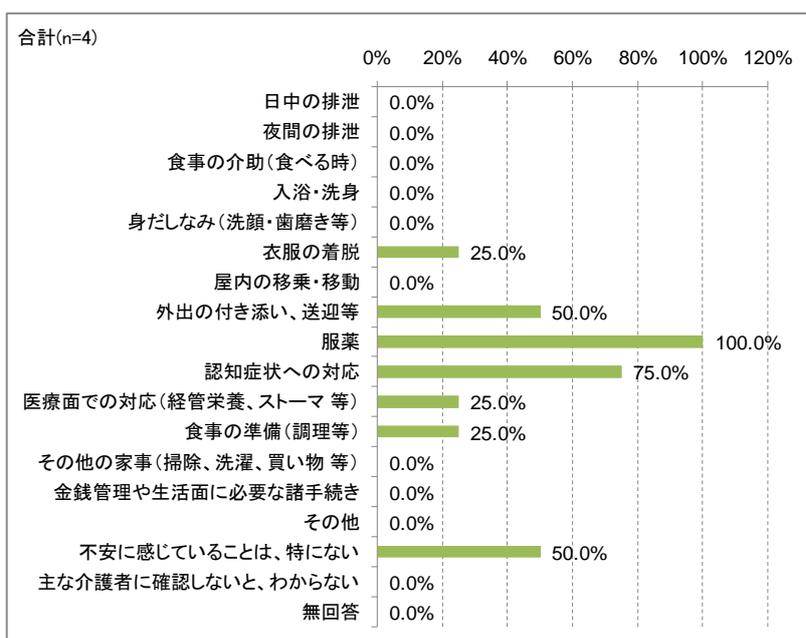
家族等による介護を行っている介護者（4件）のすべてが、「外出の付き添い、送迎等」、「服薬」、「食事の準備（調理等）」、「その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）」、「金銭管理や生活面に必要な諸手続き」を行っていました。

今後不安を感じる介護は、「服薬」、「認知症状への対応」、「外出の付き添い、送迎等」の順となっています。

### 【主な介護者が行っている介護】



### 【今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安を感じる介護】



## 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

本村では、「第6期五木村基本構想」及び「五木村 振興計画」、並びに「ふるさと五木村づくり計画」等の内容を踏まえつつ、「五木村・まち・ひと・しごと創生総合戦略」に基づき、人口減少等の課題解決に向け、「働く場づくり」「暮らしづくり」「ひとづくり」などに取り組んできました。本計画は、「第6期五木村基本構想」の高齢者保健福祉の個別計画・実施計画としての位置づけを持つものです。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3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。

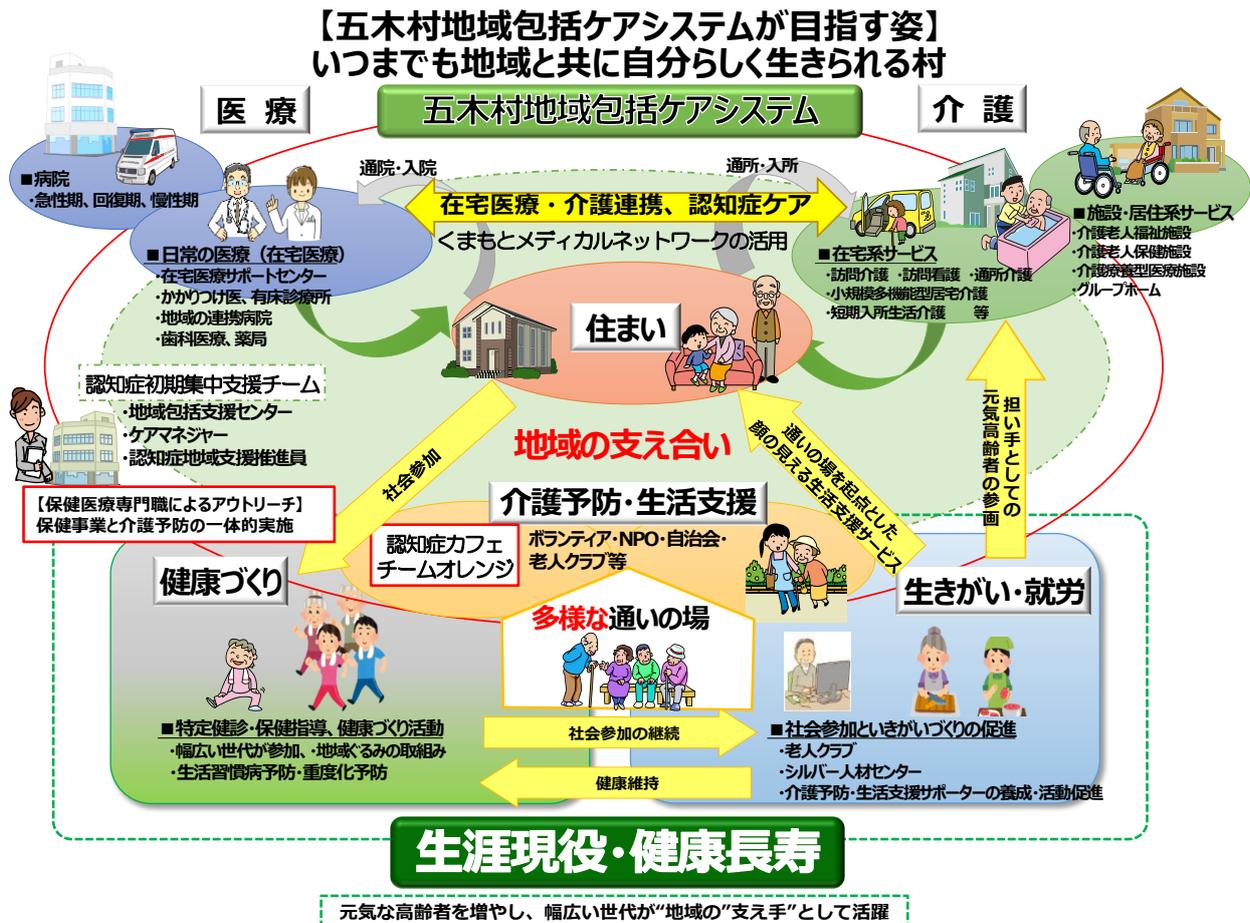
第6期五木村基本構想 基本目標4（高齢者保健福祉分野）

村民が誇りを持ち安心して暮らし続けられる地域を創る



高齢者福祉計画及び第8期介護保険事業計画 基本理念

いつまでも地域と共に自分らしく生きられる村



団塊の世代が75歳以上となる令和7年（2025年）に向けて、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五木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早期実現を目指しています。介護保険サービス事業者の新規参入や専門職の確保が課題となっている本村においては、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」の強化が最も重要な課題となっています。

また、「自助」や「互助」で対応できない部分については、「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、生活困窮などについては、「公助」として、行政による対応を行っていきます。

これら「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、地域包括ケアシステムの深化・推進を図ります。

なお、高齢者の自立支援・介護予防・重度化防止については、国の示す要領に即して指標を設定し、毎年度、実績の評価と課題の分析を行うことで、地域の中で自立した生活を送ることができるよう、取り組みの改善を図っていきます。

## 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。

**基本目標 1** 健やかで生きがいのある暮らしを実現できるむらづくり

**基本目標 2** 安心して在宅生活を送ることができるむらづくり

**基本目標 3** 介護や支援が必要な人に適切なサービスを提供できるむらづくり



## 第 2 節 地域包括ケアの実現に向けた取り組み

### 1. 主要施策の概要

#### 基本目標 1 健やかで生きがいのある暮らしを実現できるむらづくり

##### 【主要施策】

①地域における介護予防・健康づくりの推進

②生きがいづくりの支援と社会参加の促進

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を積極的に拡大していきます。

また本村では、平成 19 年度より、村内 8 か所で、閉じこもりの予防、運動機能や口腔機能の維持・向上などを目的とした介護予防教室「げんぞう会」を月 2 回実施しており、うち 3 地区では令和元年度より、このげんぞう会の実施がない週を埋めるため、各地区の集会場などを会場として「百歳体操」を地区住民が主体となって実施しています。

今後は、この実施地区の拡大を目指し、住民の主体的な健康づくりを推進していきます。また、通いの場や地区サロンへ参加することが、高齢者の新たな生きがいづくりや社会参加の場となるよう、運営へ参加する高齢者同士の互助による支え合いを支援していきます。

## 基本目標 2 安心して在宅生活を送ることができるむらづくり

### 【主要施策】

- ①認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って暮らせるむらづくり
- ②安全・安心な暮らしを支えるむらづくり
- ③高齢者の虐待防止・権利擁護の推進
- ④医療と介護をはじめとした地域の多職種連携体制の構築
- ⑤地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進

本計画では、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって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。

特に、認知症予防とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になることを遅らせる」、「認知症になっても進行をゆるやかにする」という意味であることを村民に向けて普及・啓発するとともに、認知症に関する相談窓口の周知に向けた取り組みを推進します。

また、軽度認知障害（MCI）の段階からの早期発見・早期対応の取り組みを充実させるために、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みます。

本村では認知症予防の地域の取り組みとして、保健福祉総合センターや宮園交流館で実施している「脳いきいき教室」を通じて、認知機能の向上や、機能低下が見られる人の必要な医療・サービスへのつなぎを行ってきました。

また、「村民総認知症サポーター」を目指し、子どもから大人まで村民全員に向けて認知症サポーターの養成を行っています。今後は養成後のサポーターを認知症カフェなど、実際の活動につなげていく取り組みの推進と、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をつなぐ仕組み（チームオレンジ）を整備し、認知症バリアフリーの取り組みを推進します。

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

### 基本目標3 介護や支援が必要な人に適切なサービスを提供できるむらづくり

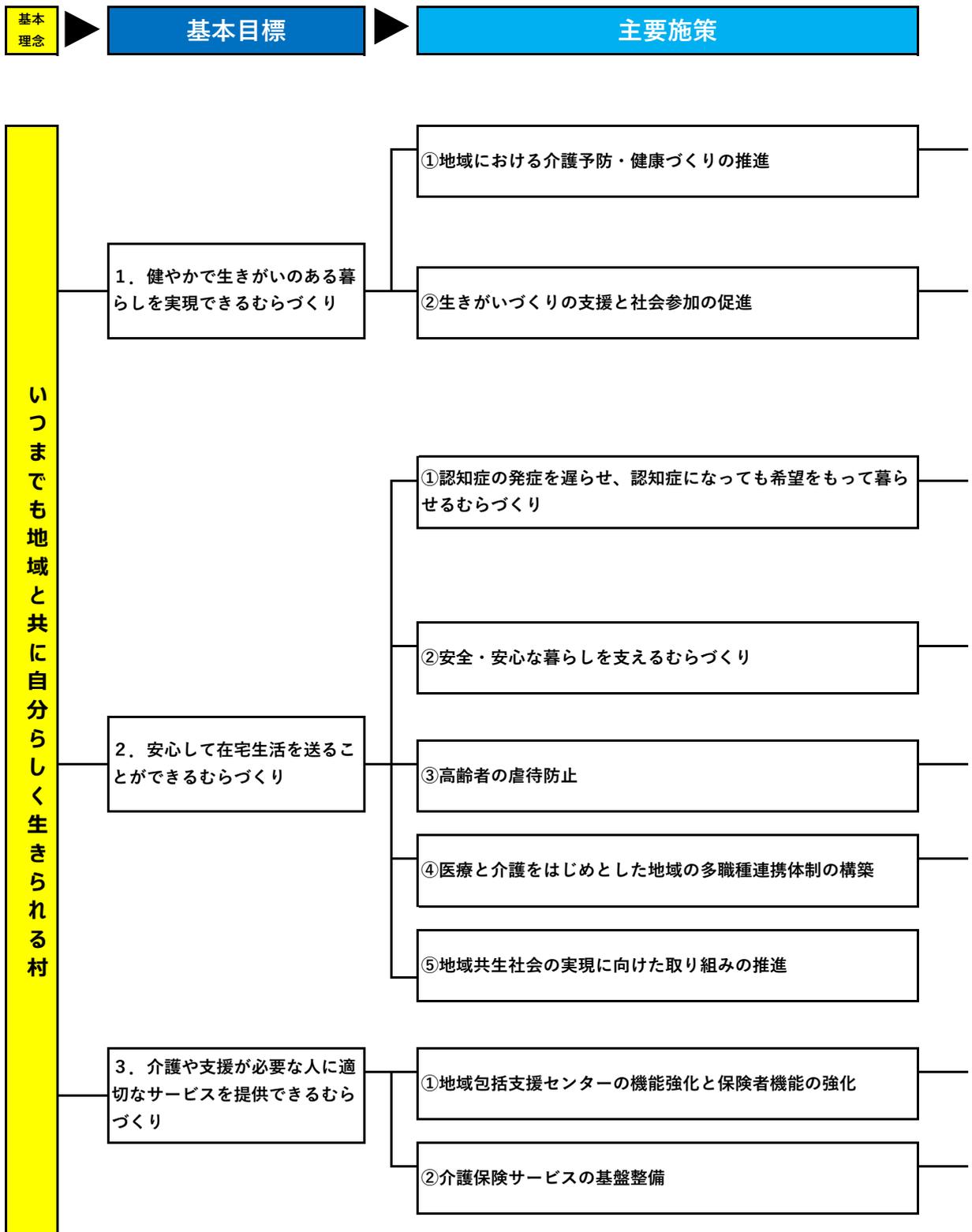
#### 【主要施策】

- ①地域包括支援センターの機能強化と保険者機能の強化
- ②介護保険サービスの基盤整備

地域包括ケアシステムの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。

介護給付適正化業務については、ケアプランの点検率の向上のための仕組みの検討や、住宅改修・福祉用具の点検における専門職の関与についても、役場内部の有資格者の活用も含めて実施体制やノウハウの構築を行い、国の指標に基づいた、「サービス（ケアマネジメント）の適正化」と「質の向上」を図ります。

## 2. 計画の体系



## 事業内容

(1) 一般介護予防事業の充実	(2) 健幸ポイント事業の推進
(3) 自立支援、介護予防・重度化防止の推進	
(4) 生活支援体制整備事業の推進	
(5) 保健事業と介護予防の一体的実施に向けて	

(1) 老人クラブの活動の支援	(2) 就労による生きがいづくりへの支援
(3) 生涯学習・生涯スポーツの推進	(4) 地域における支え合いの推進
(5) 生活支援サービスの充実	
(6) 敬老事業の実施	

(1) 認知症の早期発見・早期対応
(2) 認知症初期集中支援チームの活動の活性化
(3) 認知症サポーターの養成及び活動の活性化
(4) 認知症相談窓口の認知度向上に向けた取り組みの推進
(5) 認知症カフェとチームオレンジの設置に向けた取り組みの推進
(6) 行方不明認知症高齢者等の早期発見のためのSOSネットワークづくり
(7) 認知症に係る医療・介護の連携強化
(8) 成年後見制度の利用促進に向けた取り組みの推進

(1) 安心して暮らせる住まいの確保	(2) 高齢者の移動手段の確保
(3) 消費者保護・防犯体制の推進	
(4) 防災体制の充実、災害時避難対策の強化	
(5) 感染症対策の強化	(6) 高齢者の見守り支援体制の強化

(1) 高齢者の虐待防止に関する啓発の充実
(2) 虐待防止機能の強化
(3) 虐待への対応

(1) 在宅医療・介護連携推進事業の推進
(2) 多職種連携体制づくりの推進
(3) 在宅医療・在宅介護の普及・啓発
(4) 「くまもとメディカルネットワーク」を活用した医療・介護の連携推進

(1) 地域包括支援センターの機能強化
(2) 地域ケア会議の充実
(3) 包括的支援事業・任意事業の推進
(4) 介護給付の適正化に向けた取り組みの推進

(1) 必要利用定員総数の設定
(2) 多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みの推進
(3) 介護サービスの質の確保・向上に向けた取り組みの推進
(4) 介護給付費等対象サービスの見込みと確保策
(5) 第8期介護保険料の算定

五木村独自の地域包括ケアシステムの深化



# 各論



# 第1章 健やかで生きがいのある暮らしを実現できるむらづくり

## 第1節 地域における介護予防・健康づくりの推進

### 1. 一般介護予防事業の推進

65歳以上のすべての人及びその支援のための活動にかかわる人を対象に、介護予防に関する知識の普及・啓発や地域の自発的な介護予防活動の育成・支援を行なうことを目的として実施します。本村では一般介護予防事業を以下の5つに分類して各事業を展開しています。

#### (1) 介護予防普及啓発事業

介護予防普及啓発事業とは、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ものとなり、大きく以下の4つの事業から成り立ちます。

- ①介護予防の知識を普及啓発するためのパンフレット等の作成及び配布
- ②介護予防の知識を普及啓発するための講演会や相談会等を開催
- ③介護予防の普及・啓発に資する運動教室等の介護予防教室等を開催
- ④各対象者の介護予防事業の実施の記録等を管理するための媒体を配布

本村では介護予防普及啓発事業として以下の取り組みを行っています。

#### ■介護予防教室（げんぞう会）

村内8か所にそれぞれ月2回巡回し、体操・筋力トレーニング、保健師による健康相談などを行っています。高齢者の閉じこもりを防ぎ、運動機能や栄養状態、口腔機能を維持・向上しながら、介護が必要な状態にならないようにするための介護予防教室です。家庭でも簡単に行えて、介護予防に努められるプログラムで実施をしています。

#### ■脳いきいき教室

もの忘れが気になる人を対象に、認知機能の維持改善を図る教室を、保健福祉総合センターと宮園交流館で週1回実施しています。年度末には評価を行い、認知機能の向上を確認するとともに、必要な人には医療機関や介護サービスの早期受診・早期支援につなげています。

介護予防普及啓発事業	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
げんぞう会 延べ参加者数(人)	1,369	1,018	896	1,100	1,100	1,100
脳いきいき教室 延べ参加者数(人)	829	664	660	680	680	680

## ■百歳体操

筋力アップを目指して手と足首に重りを装着し、ゆっくりと手足を動かす体操で、高知市で発症した「いきいき百歳体操」の熊本県バージョンです。体操をしながら楽しく介護予防に取り組めるように工夫されています。

げんぞう会は1地区で2週間に1回であることから、この間を埋めるため、令和元年度から毎週1回、各地区の集会所などを会場に実施しています。

本村における地区住民が主体となった通いの場として、今後開催地区の拡充を目指します。

百歳体操	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
毎週開催地区数(地区)	2	3	3	4	5	6

## ■介護予防パンフレットの作成

介護保険の概要、利用する場合の手続きの流れ、利用できるサービス等について記載した介護予防パンフレットを作成し、普及・啓発を図ります。

### (2) 介護予防把握事業

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

本村では、介護予防教室「げんぞう会」などの参加者を対象として、経年的に体力測定・生活満足度評価を行い、介護予防一般高齢者施策の事業評価を実施します。個人と参加者全体で事業実施効果も評価していきます。

### (3) 地域介護予防活動支援事業

地域介護予防活動支援事業とは、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育成・支援を行う事業です。

本村では地域介護予防活動支援事業として以下の取り組みを行っています。

## ■シルバーヘルパーの養成

シルバーヘルパー(ボランティア)の養成を行い、自分の健康づくり・生きがいづくりとともに、地域の中で活動ができるように支援していきます。

## ■介護予防サポーターの養成

本村では一人暮らし高齢者や、高齢者夫婦のみの世帯が多いため、高齢者一人ひとりの生活を支えられるような地域の共助サービスが必要です。そこで、「認知症サポーター養成講座」を修了した60～70歳の人を中心に、介護予防の助けとなるボランティアを育成します。

地域介護予防活動支援事業	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
シルバーヘルパー養成講座 開催数(回)	1	0	0	1	1	1
シルバーヘルパー養成講座 養成人数(人)	1	0	0	1	1	1
介護予防サポーター養成講座 開催数(回)	0	0	1	1	1	1
介護予防サポーター養成講座 養成人数(人)	0	0	5	3	3	3

## (4) 一般介護予防評価事業

一般介護予防事業を含め、地域づくりの観点から総合事業全体を評価し、その評価に基づき事業全体を改善するための事業です。介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、事業評価を行っていきます。

本村では、通いの場に広域リハのリハビリテーション専門職を派遣して体力測定を実施し、経年での評価を行うなどの取り組みを行っています。

## (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を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場などへのリハビリテーション専門職等の関与を促進する事業です。

本村では、げんぞう会やいきいき百歳体操へ、人吉の地域リハビリテーション職の派遣を行い、運動指導などの支援依頼を実施しています。地域ケア会議等への関与は時間的な問題もあり実施していませんが、本村の在宅医療・介護連携の中心的な手段として、在宅療養支援、人材育成や研修、連携に必要なツールの開発やルールづくり等の役割を担い、在宅介護を行っている家族の介護力の限界点を高め、可能な限り住み慣れた地域で安心して暮らしていただける「地域包括ケアの構築」に向けた核となる取り組みを目指します。

## 2. 健幸ポイント事業の推進

本村では、村が主催する健康づくり事業等に参加した人に対してポイントを付与し、獲得したポイントに応じて奨励金を交付しています。この事業を通じて、村民一人ひとりの健康づくり事業に対する参加意欲を高め、健康的な生活習慣を継続することによって医療費の抑制を図り、村民がいつまでも健やかで幸せに暮らせる豊かなむらづくりを目指しています。

対象事業		ポイント数
けんしんポイント	特定健診受診	3
	特定健診+がん検診1つ受診	2
	特定健診+がん検診2つ受診	3
	特定健診+がん検診3つ受診・人間ドック受診	4
	特定健診2年継続受診	2
	特定健診3年継続受診	3
	特定健診4年継続受診	4
	特定健診5年以上継続受診	5
特定健診結果説明会		1
目標設定(特定健診結果説明会時)		1
目標達成(特定健診結果説明会時)		3
特定保健指導(積極的指導または動機付け支援)		1
健診結果の改善		5
健康講話		1
保健福祉課事業説明会(保険証切替時)		1
げんぞう会(65～74才) 10回以上参加		3
脳トレ(65～74才) 20回以上参加		3
食改料理教室(各地区分館行事も含む)		1
チャレンジ継続ポイント(ウォーキング・ジョギング・トレーニング)記録用紙への記入		月の1/3実施 月2ポイント ×月数

### 3. 自立支援、介護予防・重度化防止の推進

介護保険制度の理念である高齢者の自立支援・重度化防止に向けた取り組みを推進するためには、介護予防を、地域の取り組みとしてしっかりと位置づけ、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、その達成に向けて具体的に取り組んでいくことが重要です。

自立支援、介護予防・重度化防止等の取り組みについては、「通いの場の拡充」、「認知症施策の充実」を重点施策として実施していきます。

#### 自立支援、介護予防・重度化防止等に向けた重点的な取り組み

##### 通いの場の 拡充

- 介護予防と高齢者の生活支援に関する担い手の拡充に取り組みます。
- 高齢者の社会参加の促進や介護予防のための通いの場の拡充に取り組みます。

##### 認知症施策 の充実

- 認知症の早期発見・早期対応の充実に取り組みます。
- 認知症に係る医療・介護の連携を強化します。
- 「認知症カフェ」の拡充に取り組みます。
- 高齢者の虐待防止と成年後見制度の利用促進を図ります。



介護予防サービス全体の有効性に関してP D C Aサイクルを構築するため、自立支援に向けた環境整備を主とした前項の指標を定め、毎年評価を行っていく仕組みの創出を目指します。

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
<b>1. 事業の有効性</b>			
1-1 介護予防の推進			
①1号被保険者新規要介護（要支援）認定者発生率	10%以下	10%以下	10%以下
②1号被保険者要介護（要支援）認定率	17%	19.1%	19.4%
③主観的健康観の高い人の割合			+10%
④主観的幸福感の高い人の割合			+10%
⑤週1回以上社会参加者割合			+10%
1-2 自立支援に向けた環境整備			
⑥週1回以上通いの場の個所数	4箇所	5箇所	6箇所
⑦週1回以上通いの場の参加者割合	9%	11%	13%
<b>2. 事業の効率性</b>			
①予防給付と総合事業総額の伸び率	後期高齢者伸び率を下回る		
②介護給付・予防給付・総合事業総額の伸び率	後期高齢者伸び率を下回る		

※③④⑤は「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」の結果を令和2年度実施分と比較

#### 4. 生活支援体制整備事業の推進

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、地域包括支援センターに生活支援コーディネーターを配置しており、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。

今後は、より村独自の取り組みを展開していくため、生活支援コーディネーターとの連携、情報共有、業務の把握などが必要となると同時に、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。

生活支援体制整備	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
生活支援コーディネーター 設置数(人)	1	1	1	1	1	1
協議体の開催数(回)	1	1	1	1	1	1



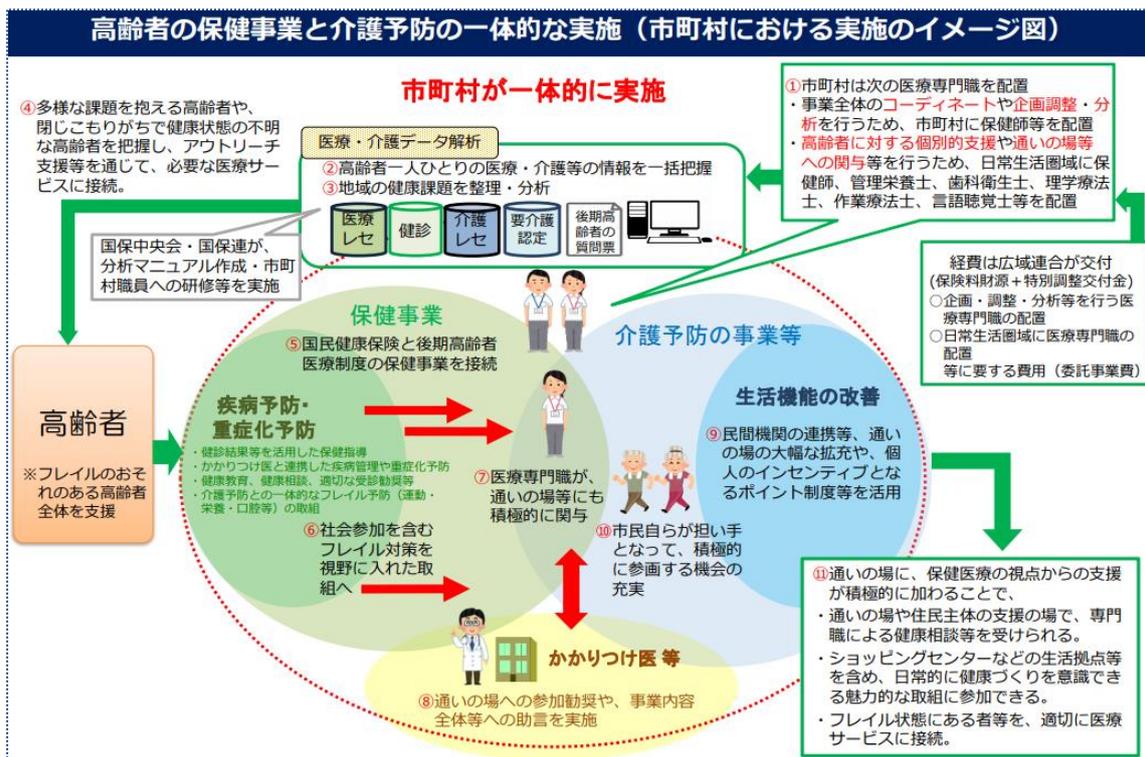
## 5. 保健事業と介護予防の一体的実施に向けて

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

具体的には、健康診査・保健指導の実施、データ分析に基づく保健指導の推進、発症予防と重症化予防の推進などを図ること、また、健康状態不明者の把握を行い、医療・介護サービスの接続、通いの場を利用した相談事業、健康教育等の普及活動といった医療と健診、介護事業を一体的に取り組み、健康寿命の延伸を目指します。

本村では、村の保健師が介護予防に関わり、保健指導やその後の訪問を行うなど、従来から高齢者の保健事業と介護予防が近い関係性で業務を推進してきました。

今後は早期の事業開始を目指し、ここに示した事業方針に沿った事業展開に向けデータ分析を行い、分析結果に基づく事業立案や実施体制の検討、体制確保を行い、関係する各課が連携した推進を図っていきます。



厚労省資料

## 第2節 生きがいづくりの支援と社会参加の促進

### 1. 老人クラブ活動の支援

高齢者が豊富な経験と知識・技能を活かし、生涯を健康で、生きがいを持って社会参加をしていくうえで、老人クラブは大きな役割を持っています。今後も老人クラブへの加入促進を図るとともに、老人クラブが取り組んでいる各種活動への支援を行い、地域の高齢者の社会参加の機会づくりに努めます。

老人クラブ	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
老人クラブ数(箇所)	4	4	4	4	4	4
会員数(人)	167	149	141	145	150	155

#### 【老人クラブでの主な取り組み】

生きがいづくり事業
五木村老人クラブ連合会では、高齢者の生きがい対策事業として「健康づくり」「生きがいづくり」「小遣い銭づくり」の3つを総称した「3づくり対策会」の活動を引き続き行っていきます。民芸品や民具などの商品の制作を行い、自分たちで展示卸売を実施したり、道の駅での販売を行っています。会員の減少や収入源という問題もありますが、今後は高齢者の生きがいづくりとしての活動を充実するとともに、会員の確保や収入の拡大を図ります。
シルバーボランティア事業
老人クラブで、子どもとの交流や餅つきなどの行事を行っています。また、「エイサー愛好会」が各種イベントで沖縄の民謡「エイサー」を披露しています。

## 2. 就労による生きがいづくりへの支援

高齢者の就労を通じた生きがいづくりと社会参加の場である五木村シルバー人材センターに対し、本村では、運営助成金を交付し、センター会員と高齢者の生きがいづくりを行ってまいります。

令和2年度より、シルバー人材センターに生活支援を依頼できるチケット事業を実施しており、依頼件数も増加しています。この事業を通じて、センター会員の生きがいづくりの促進と収入的な増加が図れれば、センターの会員の増加も見込め、結果として村の生活支援の大きな担い手となりうるため、今後も会員に対する支援からセンターの充実を図ってまいります。

シルバー人材センター	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
登録人数(人)	30	33	30	32	34	36
受注件数(件)	112	99	83	95	100	105

## 3. 生涯学習・生涯スポーツの推進

高齢期を迎えても、社会の変化に対応して、積極的に社会参加を進めていくには、生涯にわたって学習機会を持つことが重要です。現在本村においては、65歳以上の住民を対象に健康体操や地域に密着した講演会等を中心に、中央公民館が主催で年5回開催しています。

また、プログラムの中に村の保健師や管理栄養士が関わり、血圧測定や栄養講話等を行っています。

今後も教育委員会と連携し、講座内容の充実を図り、地域の高齢者の趣味や生きがいづくりの機会の提供を支援します。

また、本村では老人クラブの主催により、グラウンドゴルフ大会やゲートボール大会をそれぞれ年1~2回開催しています。今後も、仲間が集まって積極的に運動に取り組む活動を支援してまいります。

## 4. 地域における支え合いの推進

本村の各地区には、区長会活動、公民館活動、民生委員・児童委員活動、老人会活動など、さまざまな組織活動がありますが、連携が少なく、それぞれ個々に活動している地区も少なくありません。これらの組織の活動とそれぞれの地区、社会福祉施設、医療機関、学校、消防、警察等とのネットワークを結び、地域コミュニティ機能を再生し、地域の支え合いの活性化につなげます。

また、各地区の地域福祉ネットワークを結び、地区だけでは取り組めないような問題等の対応や解決を行うための村全域地域福祉ネットワークを構築します。村全域地域福祉ネットワークの核は、村社会福祉協議会とし、連絡調整を円滑に行い、制度の隙間からこぼれる要援護者を救います。

地域を挙げた取り組みとして、認知症により行方不明になった人を捜索する「模擬訓練」を定期的に実施しながら、共助の精神を構築してまいります。

## 5. 生活支援サービスの充実

地域資源の把握・整理及びニーズ調査の結果を踏まえ、心身の状態（悪化や改善の度合い）に応じた、切れ目のないサービスを提供できる体制や、そこに必要な専門職が関与する体制について、今後も継続的に検討を行っていきます。

本村では、生活支援サービスとして主に以下のような取り組みを、いずれも社会福祉協議会への委託にて行っています。

### 【生活支援サービスの主な取り組み】

<b>軽度生活援助事業</b>
掃除・洗濯などの家事や日常生活の援助が必要な高齢者に対して、日常生活の援助を行い、介護予防と自立した生活が継続できるようサービスを提供しています。
<b>食の自立支援事業（給食サービス）</b>
食事を作ることや、食材確保が困難な要支援・要介護認定者等の自宅に訪問し、栄養バランスの摂れた食事の配達を行い、同時に利用者の安否確認を行っています。週3回、道の駅にて調理された弁当の配達を社会福祉協議会へ委託しています。
<b>買い物支援事業</b>
食料品等の日常の買い物が困難な高齢者に対して訪問見守りと買い物支援を行っています。

## 6. 敬老事業の実施

満100歳に達した人に敬意を表して、祝い金と記念品を贈呈する「百寿祝い金」支給事業を行っています。

また、敬老行事として、喜寿・米寿を迎えた人に対して記念品及び表彰状の贈呈を行っています。

## 第2章 安心して在宅生活を送ることができるむらづくり

### 第1節 認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って暮らせるむらづくり

近年の認知症有病者数の推移からも、現代において認知症は、「誰もがなりうるもの」であり、家族や身近な人が認知症になることなども含め、多くの人にとって身近なものになっています。

国では令和元年6月に「認知症施策推進大綱」が取りまとめられ、認知症の人や家族の視点に立ち、「共生」を重視しつつ、「予防」の取り組みを一層強化し、車の両輪として取り組む方向性が示されています。

本村では、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. 認知症の早期発見・早期対応

本村では、地域における認知症高齢者の早期発見、早期介入、早期のサービス利用が可能となるよう、地域包括支援センターと認知症地域支援推進員を中心に、保健、医療、福祉の関係機関、専門職や地域の民生委員・児童委員、老人クラブ、ボランティア団体等の連携強化を図っており、あがってきた情報を必要な医療・サービスへつなげる取り組みを行っています。

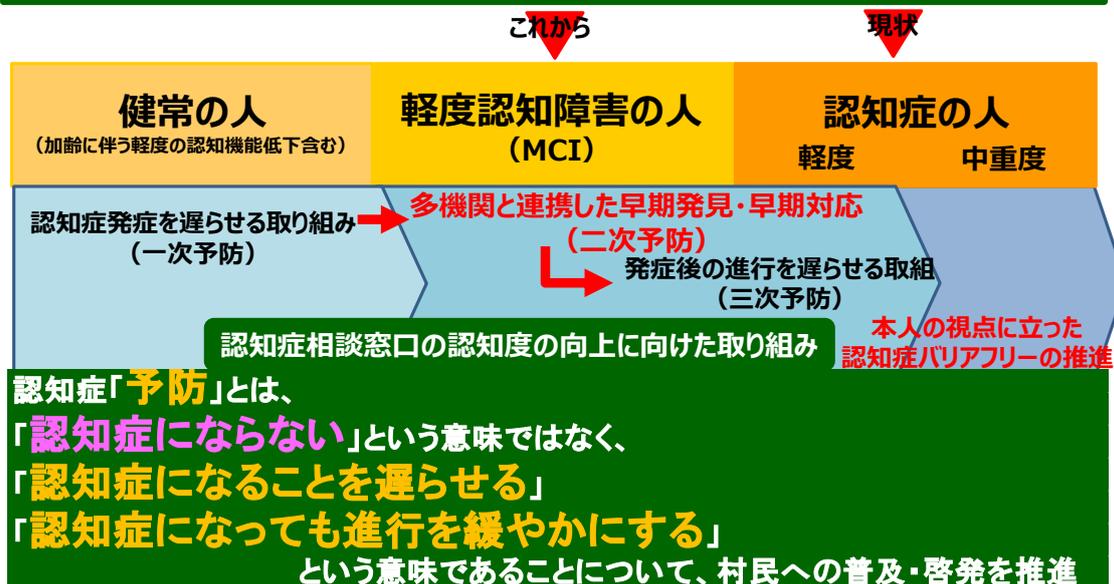
また、本村では以前より、臨床心理士が自宅等への訪問相談を行う「五木村こころの健康相談」を定期的に実施しており、現在は相談の対象を「物忘れが気になる」など、認知症が疑われる人に向けても実施をしています。さらに、脳いきいき教室やげんぞう会、百歳体操の参加者の中から必要な人は、認知症疾患センター等の医療機関や介護サービスの早期受診・早期支援につなげています。

一方で、相談があがってきたときには問題がやや重度化していたり、予防事業に参加されない人の発見・対応が難しいといった課題が見られるため、今後実施予定の保健事業と介護予防の一体的実施での訪問により抽出されるMCI（軽度認知障害）から軽度認知症の疑いのある人の情報の受け渡しをする体制づくりや、通いの場等への専門職の関与の仕組みづくりを進め、これまで把握・介入が難しかった認知症の前段階や軽度の認知症への早期の対応が図れる体制を目指します。

さらに、「認知症施策推進大綱」に掲げられている「普及啓発」「チームオレンジ」「通いの場の拡充」の3つの基本方針を一体的に捉えたとき、今後の新たな取り組みとして、認知症への興味関心が高まる前期高齢者を主な対象とした、認知症についての正しい理解や予防についての知識を普及する学びの場をつくり、参加者やサポーターの中で認知症の症状が見られた人を早期に発見し、そこがそのまま認知症の人の共生の場にもなっていく、「認知症になる前から居場所を作る」取り組みについても検討を行っていきます。さらに、この学びの場の参加者が担い手になってもらい、認知症予防に向けた新たな通いの場が形成されていく仕組みについても構築を目指します。

# 認知症の「予防」と「共生」

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



## 2. 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ています。

また、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、認知症の人や認知症が疑われる人、その家族を訪問し、観察・評価を行ったうえで支援の方向性を検討し、本人や家族への支援を包括的・集中的に行う体制を作っています。

現状として、認知症初期集中支援チームとして稼働する場合の明確な基準がなく、稼働件数が少ない課題も見られているため、今後は、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仕組みづくりを行い、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。

さらに、認知症地域支援推進員は認知症高齢者支援や認知症サポーターを具体的な活動につなげる仕組みづくり等を行う中で、事業の開始や実施にかかる企画・立案・調整にも関わっていきます。

認知症地域支援推進員 認知症初期集中支援チーム	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
認知症地域支援推進員 設置数(人)	1	1	1	1	1	1
認知症初期集中支援チーム 対応件数(件)	4	6	2	5	5	5

### 3. 認知症サポーターの養成及び活動の活性化

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に開催し、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。

本村では以前より、要介護者を除く中学生以上の村民全員を認知症サポーターとして養成していく「村民総認知症サポーター」を目指して取り組みを行っており、養成講座については既に村内の多くの地区で実施が進み、複数回受講している人も多数おられます（令和3年1月時点累計養成人数570人）。今後大幅なサポーター数の増加は見込めない可能性があります。今後も状況に応じて養成講座を開催するとともに、中学校でのサポーター養成講座についてはこれまでのとおり毎年実施していくことで、教育分野との連携も図っていきます。

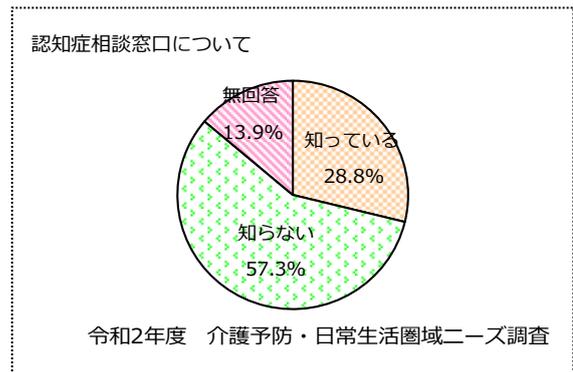
一方、養成後のサポーターを実際の活動につなげる部分については課題も見られるため、認知症カフェに養成を受けたサポーターが運営支援に活用する仕組みづくりを行い、認知症地域支援推進員や認知症サポーターがいる中で、気軽に困っていることを相談できる体制の構築を目指します。

### 4. 認知症相談窓口の認知度向上に向けた取り組みの推進

令和元年度に実施した「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」と答えた人が28.8%、「知らない」と答えた人が57.3%という結果でした。

本村では、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」の作成を進めています。今後も認知症に関する基礎的な情報と、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・普及啓発の活動を行い、相談窓口の認知度の向上を図るとともに、「認知症ケアパス」の早期の作成・配布を目指します。



介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	第7期計画 の実績値	第8期計画 の計画値
	R2	R5
認知症相談窓口の認知度 (%)	28.8%	38.8%

## 5. 認知症カフェとチームオレンジの設置に向けた取り組みの推進

認知症になると、本人の気力の低下や、家族が徘徊や事故などを心配することから閉じこもりがちになるケースが多く、社会との接点を失うことで症状の進行が加速してしまう恐れもあります。介護する側にとっても、常に閉鎖された家庭の中で介護を続けることは、大きなストレスです。

認知症カフェは、このような状況を回避し、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、令和元年度に社会福祉協議会との共催で認知症カフェを開催しましたが、常設とはなっていないため、今後は設置形態や運営方法について検討を進め、村の規模に合った設置を進めます。

同時に、養成を受けたサポーターが積極的にカフェの運営支援にかかわることができる仕組みを構築し、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推進します。

認知症カフェ	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
設置数（箇所）	0	1	1	1	1	1

## 6. 行方不明認知症高齢者等の早期発見のためのSOSネットワークづくり

人吉球磨圏域では、認知症による行方不明の恐れのある高齢者を早期に発見できるよう、関係機関等と支援体制を構築し、高齢者の安全と家族への支援を図っています。

村内においても、「認知症見守り学習塾」の実施や認知症サポーター養成等を通じて認知症への理解を深め、地域住民による見守り体制の強化も行っています。

## 7. 認知症に係る医療・介護の連携強化

認知症疾患医療センターや医師、精神保健福祉士と連携し、同行での訪問活動等を行っています。

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、地域ケア会議での検討事例に応じて認知症疾患医療センターの参画の働きかけや情報提供の依頼を行っています。また、認知症にかかわる関係機関との実務レベルでの意見交換も実施していきます。

## 8. 成年後見制度の利用促進に向けた取り組みの推進

人吉球磨 10 市町村では、人吉市社会福祉協議会に委託し、平成 27 年 4 月に人吉球磨成年後見センターを開設し、成年後見制度の利用に関する相談及び手続き支援等に取り組んできました。

認知症高齢者をはじめとする高齢者の権利擁護・虐待防止のため、関係機関との連携強化と成年後見制度の周知・広報及び活用の促進を図るとともに、鑑定または診断書の作成手続きに速やかに取り組めるよう、地域の関連機関との確実な連携体制を確保します。

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いない場合や、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。

成年後見の担い手として今後は村民の役割が強まると考えられるため、後見人の育成と、その活用について、人吉球磨成年後見センターと連携して取り組んでいきます。

令和 2 年現在、人吉球磨成年後見センターにおいて、専門職による専門的助言等の支援の確保や、協議会の事務局等、地域における連携・対応強化の推進役としての役割を担う地域連携ネットワークの中核機関の設立に向けた協議が行われており、今後も村として後見センターとの連携を取りながら、本村における成年後見制度の利用促進や権利擁護の支援をさらに推進していきます。

ネットワークの役割	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 権利擁護支援の必要な人の発見・支援</li> <li>・ 早期の段階からの相談・対応体制の整備</li> <li>・ 意思決定支援・身上保護を重視した成年後見制度利用の運用に資する支援体制の構築</li> </ul>
中核機関の役割	<p>専門職による専門的助言等の支援の確保や、協議会の事務局等、コーディネートを担う機関</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 広報・啓発の強化</li> <li>(2) 相談機能の強化</li> <li>(3) 成年後見制度の利用促進</li> <li>(4) 成年後見人等への支援</li> </ul>

成年後見制度	第 7 期計画の実績値			第 8 期計画の計画値		
	H30	R 1	R 2 (見込)	R 3	R 4	R 5
村長申し立て件数 (件)	0	0	0	1	1	1



## 第2節 安全・安心な暮らしを支えるむらづくり

### 1. 安心して暮らせる住まいの確保

高齢者が自宅での生活が困難になった場合でも、住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、高齢者の状態や意向に応じた多様な高齢者用住まいの普及を図っています。

今後も高齢者世帯、独居世帯が増加することが見込まれる中、高齢者が必要なサービスを受け、住み慣れた地域で生活が続けられる環境の整備を検討していきます。

また、村の提供する公営住宅について、必要に応じた建て替えやバリアフリー化を推進し、住宅環境を整えます。さらに、高齢者が家庭の都合や状態に応じて住める場所を選択できるよう、多様な住まいの提供に努めます。

本村では、高齢者の住まいの確保について、主に以下のような取り組みを行っています。

#### ■ 自立高齢者住宅リフォーム助成事業

要支援・要介護認定を受けていない高齢者が、住宅をバリアフリー化するために必要な費用の3分の2（上限15万円）を助成する事業で、令和元年度から開始している村の独自事業になります。

介護保険サービスの住宅改修のみの利用を希望する人が要介護認定を受けずに利用できる制度として、要介護認定率の上昇を防ぐことにもつながっています。

自立高齢者住宅リフォーム助成事業	第7期計画の 実績値	第8期計画の計画値		
	R2 (見込)	R3	R4	R5
利用件数（件）	3	3	3	3

#### ■ 五木村「住み良い」むらづくり実施計画

小さな拠点内に高齢者住宅の整備をはじめ、入居者が公共施設の活用や医療・福祉サービスを受けやすい環境づくりを行います。

#### ■ 高齢者向け住まいの確保（公共賃貸住宅）

公共賃貸住宅のバリアフリー化の推進や高齢者の優先入居拡充等に向けて、住宅主管課と連携して努めていきます。また、高齢者が優先入居とバリアフリー化も合わせた空き家改修を推進していきます。

## ■住宅改造助成事業

在宅の要援護等高齢者、重度の身体及び知的障がい者（児）がいる世帯に対しては、自宅の改造に必要な経費を助成することにより、在宅での自立促進、重度化防止、及び介護者の負担軽減が図れるようにしています。事業内容の周知を図り、バリアフリー化の促進により高齢者等の日常生活の支援に努めます。

## ■生活管理指導短期宿泊事業

65歳以上の介護認定を受けていない高齢者に対して、人吉球磨圏域内の養護老人ホームの空き部屋を活用し、一時的な宿泊により生活習慣の指導を行うとともに、体調調整を図り、要介護状態への進行を予防していきます。

## 2. 高齢者の移動手段の確保

高齢者の在宅生活の維持や社会参加の促進には、移動手段の確保が重要となります。

高齢者のみの世帯の増加や、山間地域の移動手段の不足等により、通院や買い物に不自由を感じている人が増えてきています。

本村では、高齢者の移動支援に関して以下のような取り組みを行っており、今後も高齢者の利便性を考慮し、必要に応じた見直し等を行っていきます。

<b>コミュニティバス（スクールバス）の運行</b>
移動手段を持たない村内の高齢者等を対象に、児童生徒の通学時の朝夕に無料で乗車することができるスクールバスを運行しています。公共交通機関が全くない地区については、空いた時間を活用して昼間運行をしています。
<b>診療所通院タクシー料金助成事業</b>
65歳以上の高齢者で、診療所に通院している人を対象に、診療所の通院にかかるタクシー料金の2分の1の助成を行います。
<b>福祉タクシー料金助成事業</b>
障がい者手帳所持者（条件あり）を対象に福祉タクシー利用の際の料金の助成を年間20回まで、1回¥500を上限として助成を行います。
<b>リフト付き福祉車両貸出し事業</b>
移動手段を持たない障がい者や高齢者、またはこれに準ずる交通弱者に対して、リフト（車いす昇降装置）付きの9人乗りワゴン車を無料で貸し出しを行っています。燃料代の負担と運転手の確保は利用者が行います。
<b>電動カート貸出し事業</b>
移動手段を持たない障がい者や高齢者を対象に、低額で電動カートの貸し出しを行っています。

### 3. 消費者保護・防犯体制の推進

近年増加している高齢者の消費者被害に対しては、相談窓口や消費生活相談員が商品やサービスの契約トラブル等、消費生活に関する相談を受け付け、解決に向けた支援を行っています。

消費生活センターや県・警察と連携を図り、振り込め詐欺、架空請求、悪質な訪問販売、催眠商法、送り付け商法等の実態を高齢者に周知することで、被害の未然防止及び拡大防止を図っており、今後も、民生委員を中心とした見守り体制の中で、高齢者の介護予防の場での防犯に関する啓発を推進していきます。

また、村民が安全に安心して暮らせる地域社会づくりを目指し、地域や関係機関、近隣市町との連携を深めながら、引き続き消費者行政の充実に取り組んでいきます。

さらに、消費者被害を未然に防止するため、民生委員やケアマネジャー等に対して、必要な情報を提供していきます。

### 4. 防災体制の充実、災害時避難対策の強化

災害時において、一人暮らしの高齢者などの要援護者の所在や安否を確認し、また適切な援助を迅速に行うためには、平常時から所在や実情を把握しておくことが必要になります。

本村では、要援護者の避難支援として、五木村災害時要援護者支援体制検討委員会を設置し、防災及び福祉関係者との連携を強化するとともに、五木村災害時要援護者避難支援計画に基づく支援体制の整備を図ります。

今後も災害発生時に避難等が困難な高齢者等の災害時要援護者への支援が円滑に行われる環境を整備するとともに、自助・共助・公助の役割分担と一層の連携により、避難行動要援護者支援体制の整備を図ります。

また、本村では福祉避難所の設置・運営マニュアルに基づき、避難行動要支援者名簿及び福祉避難所ごとの要支援者名簿を作成し、災害時等での支援者の対応が必要な場合、村内にある福祉避難所（五木村社会福祉協議会・小規模多機能型介護施設「五木の友」）と連携を取って援助を行っています。

### 5. 感染症対策の強化

新型コロナウイルスをはじめとする感染症への対策として、関係機関や村内の介護事業所等と連携し、さまざまな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を行うことが重要です。特に、介護事業所等が感染症発生時においてもサービスを継続するための備えが講じられているかを定期的に確認するとともに、介護事業所の職員が感染症に対する理解や知見を有したうえで業務にあたることができるよう、感染症に対する研修やICTを利用した代替方法等を検討していきます。また、介護事業所等における、適切な感染防護具、消毒液その他の感染症対策に必要な物資の備蓄・調達・輸送の支援体制づくりに努めます。さらに村民に対しては、防災行政無線やケーブルテレビ「いつきチャンネル」を活用し、マスクの着用、手洗いの励行、人混みを避けるなどの注意を促しています。

## 6. 高齢者の見守り支援体制の強化

### ■見守り訪問事業

65歳以上の一人暮らし高齢者・高齢者夫婦のみの世帯、要援護高齢者等を定期的に支援員が訪問し、安否確認を行い、必要に応じて関係機関と連絡調整していきます。

### ■緊急時体制整備事業

一人暮らしの高齢者を対象に「たっしゃかボタン」、及び「緊急通報装置」の設置事業を行っています。

「たっしゃかボタン」は、毎日起床時に装置のボタンを押すことで社会福祉協議会へ通知され、安否確認が行える仕組みとなっており、通知のない人には電話での確認、それでも連絡が取れない場合は訪問での確認を行っています。ボタンの押せる人が利用条件となるため認知機能に支障がある場合は利用できません。

「緊急通報装置」は、緊急時にボタンを押すことで民間の警備会社へ通知される仕組みとなっています。

また、身体状態に不安がある人に対して、救急医療情報キットを配布する「命のボタン」事業を行っており、急病等で助けが必要となったときに、持病やかかりつけの病院、緊急時の連絡先等の情報を救急隊員等が確認することで、いち早く適切な救急活動につなげています。

緊急体制整備事業	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
たっしゃかボタン 設置世帯数(世帯)	11	9	9	10	10	10
緊急通報装置 設置世帯数(世帯)	12	13	10	11	11	11

## 第3節 高齢者の虐待防止

### 1. 高齢者の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等を目的としており、虐待を受けた高齢者の保護や養護者の支援については、市町村が第一義的に責任を持つとされています。

高齢者虐待には、以下の5つの類型があり、虐待を発見した者には、速やかに市町村に通報する努力義務が課されています。

高齢者虐待が発生しないよう、また、発生した場合は早期発見につながるよう、広報紙等を活用した普及・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、民生児童委員等との連携を強化し、関係機関とのネットワークの整備を行うことで、高齢者虐待の早期発見・支援体制を整備するとともに、高齢者虐待に関する情報の共有化に努めます。

## 3. 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支援にあたっては、個別ケース会議において支援方針を決定し、必要に応じて保護の措置を講じるなどの緊急的な対応を図ります。

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



## 第4節 医療と介護をはじめとした地域の多職種連携体制の構築

### 1. 在宅医療・介護連携推進事業の推進

近年、医療ニーズと介護ニーズを合わせ持つ高齢者は増加し、病院等からの退院時の支援や症状や状態に応じた適切な医療・介護サービスに関する需要が高まっています。要介護状態になっても地域の中で生活していくためには、多職種連携によるチームケアによって、在宅医療と介護が一体的に提供されることが重要となります。

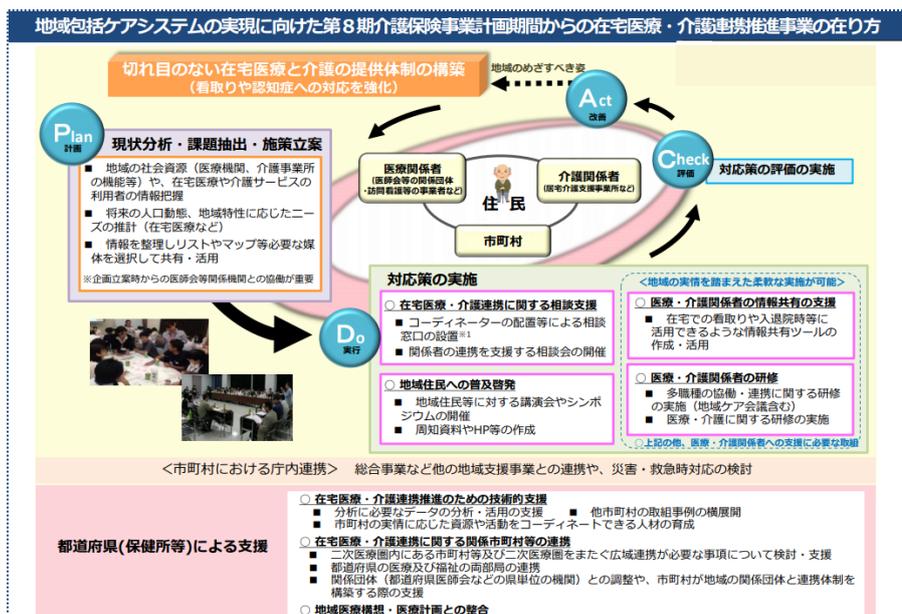
医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、人吉球磨10市町村では、在宅医療・介護連携推進事業の一部を、人吉市医師会及び球磨郡医師会に委託して実施しています。退院後の切れ目のない介護保険サービスの提供や、サービスが必要な人やその家族の疑問や負担の軽減を目指し、関係団体及び関係市町村との連携強化及び役割分担のもと、在宅医療・介護連携を推進していきます。

また、医療・介護の提供体制のあるべき姿（目標）を関係機関で共有し、多職種連携による統合的なサービス提供による在宅生活の支援に取り組んでいきます。

国の示す在宅医療・介護連携推進事業の8項目については、人吉球磨10市町村と人吉市医師会及び球磨郡医師会等と協働して、医療と介護の連携に関する課題を整理し、情報共有や相談支援等の事業を実施していきます。

村内での在宅医療の推進としては、五木村診療所において往診と訪問看護を実施しているため、特に孤立しがちな高齢者や、通院を負担に感じている高齢者にとっては心のケアにもつながっています。今後も村内の医療を切れ目なく提供していくためにも、人吉医療センターや、近隣市町村の医療機関・訪問看護ステーションとも連携し、往診の継続及び在宅医療体制の整備を行っていきます。

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、げんぞう会やいきいき百歳体操へのリハビリテーション専門職の配置等の取り組みからも、より効果的な医療と介護の連携を推進します。



厚労省資料

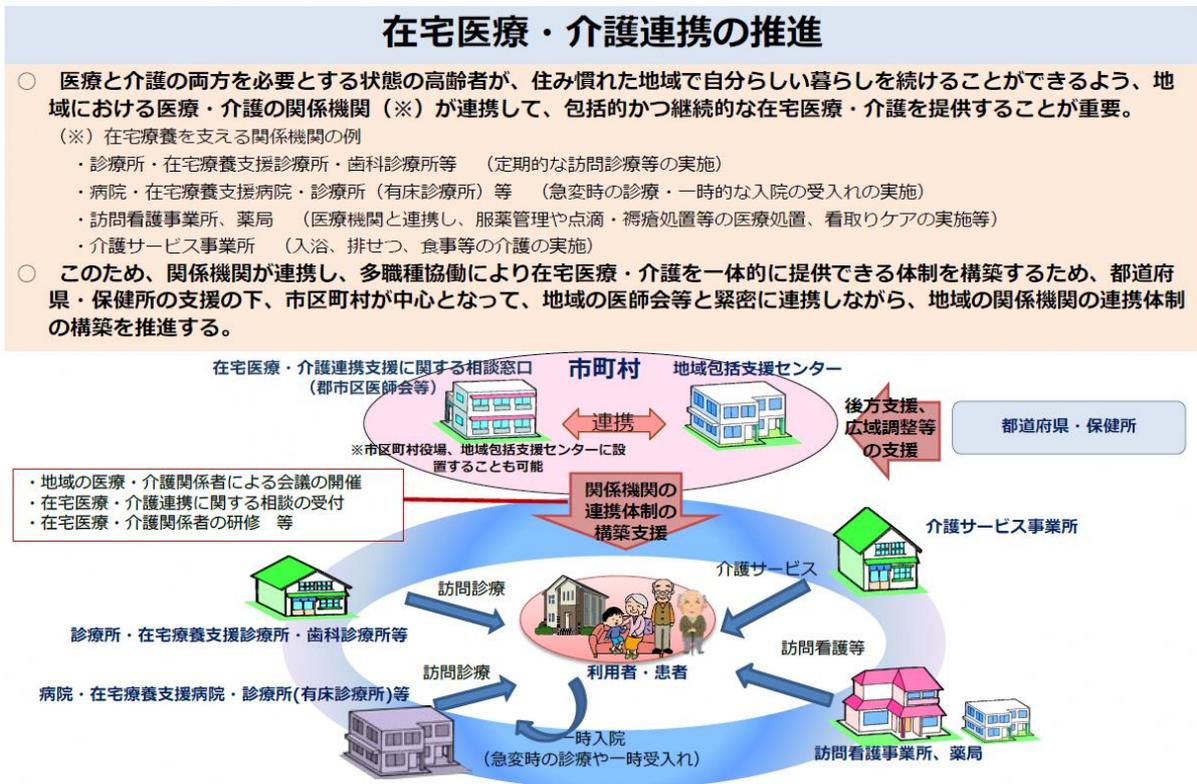
在宅医療・介護連携事業	内 容
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	人吉球磨医療介護事業ガイドのホームページに、人吉球磨圏域内の医療機関、介護事業所等の情報を取りまとめ、地域の医療・介護関係者と共有し、活用していきます。
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	地域ケア会議や認知症初期集中支援チーム員会議等を活用し、協議を行っていきます。また地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、課題を把握し、対応策等の検討を行っていきます。
(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進	地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、在宅医療と在宅介護が切れ目なく一体的に提供される連携・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。
(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	広報紙等を活用し、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図っていきます。
(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

高齢化が進む本村では、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。

村内の多職種連携の体制としては、保健医療福祉連絡会を月1回開催しています。今後も地元医師会の協力を得ながら、連携体制づくりの目的や方向性等を共有するとともに、地域資源の把握、連携にあたっての課題の抽出、研修会の実施、課題解決のための地域でのルールの検討などを行います。



厚労省資料

### 3. 在宅医療・在宅介護の普及・啓発

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。

地域住民の在宅医療・在宅介護に関する関心を高めるための啓発方法について、人吉球磨圏域としての取り組みだけでなく、広報紙の活用等、村としての取り組みについても検討を進めます。

今後もあらゆる機会を通じて、在宅医療と在宅介護の普及に取り組んでいきます。

### 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、熊本大学医学部附属病院、県、関係団体が連携のもと、ICTを活用し、県内の病院、診療所、薬局、地域包括支援センター、介護関係施設等をネットワークで結び、診療情報等の迅速な共有や、医療と介護の切れ目のない連携を図ることを目的として、「くまもとメディカルネットワーク」が平成27年12月から開始されています。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。

#### 【在宅医療の充実のための取り組み例】

##### 在宅医療の提供体制の充実

- ◇ 訪問診療・往診
  - ・医師の在宅医療導入研修
  - ・24時間体制等のための医師のグループ化
- ◇ 訪問歯科医療
  - ・在宅歯科医療連携室の設置支援
  - ・在宅歯科医療技術研修
- ◇ 訪問看護
  - ・強化型訪問看護STやST空白地域への設置支援
  - ・新任訪問看護師の研修充実、研修機関の集約化
- ◇ 薬局・訪問薬剤管理指導
  - ・衛生材料等の供給拠点の設置支援

##### 個別の疾患、領域等に着目した質の向上

- ◇ 医療関係者への専門的な研修
- ◇ 医療機関への支援
  - ・看取り
  - ・認知症
  - ・末期がん
  - ・精神疾患
  - ・疾患に関わらない緩和ケア
  - ・褥瘡
  - ・小児等在宅医療
  - ・口腔・栄養ケア
  - ・難病在宅医療
  - ・リハビリ
  - ・在宅療養にかかる意思決定支援 等

##### 在宅医療に関する普及啓発

一般住民に対する在宅医療に関する理解を深めるための講演会の実施等

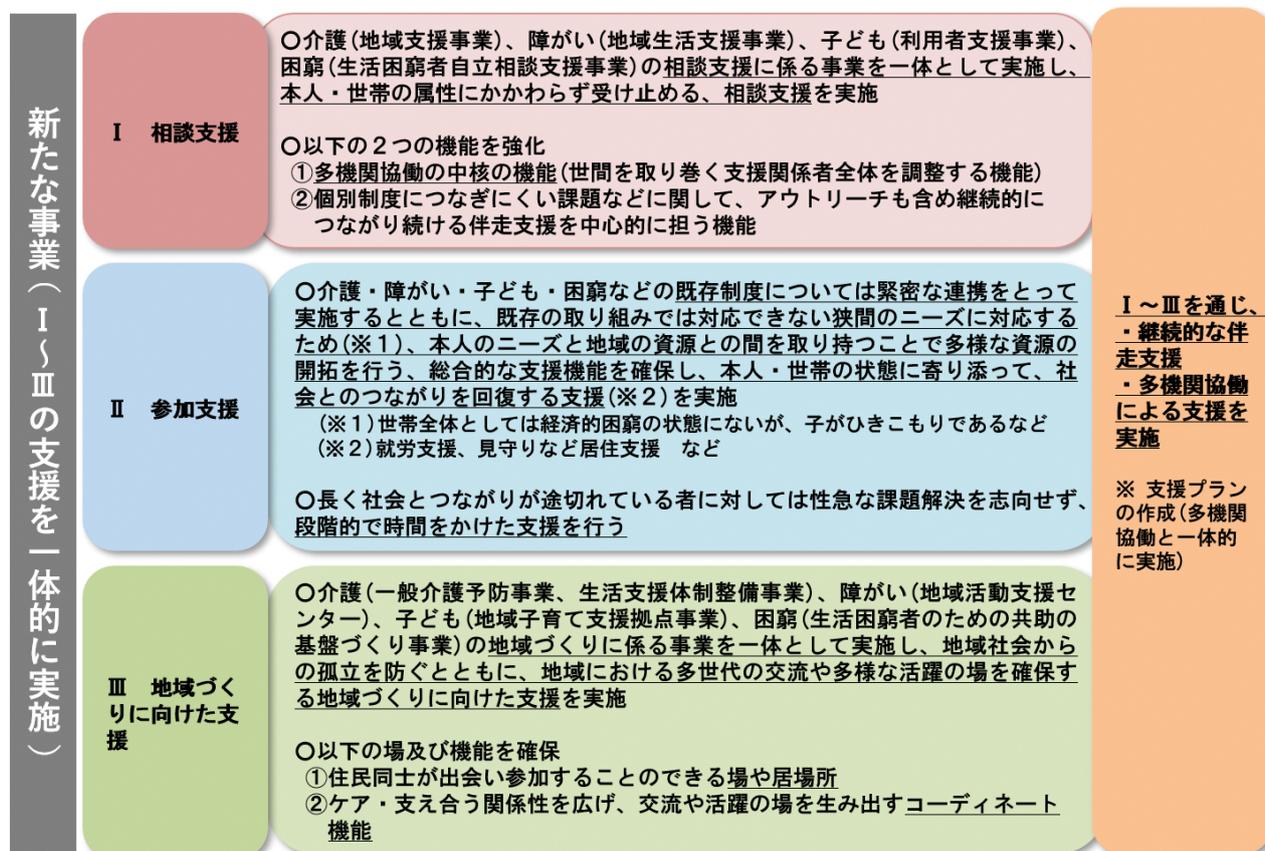
厚労省資料

## 第5節 地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進

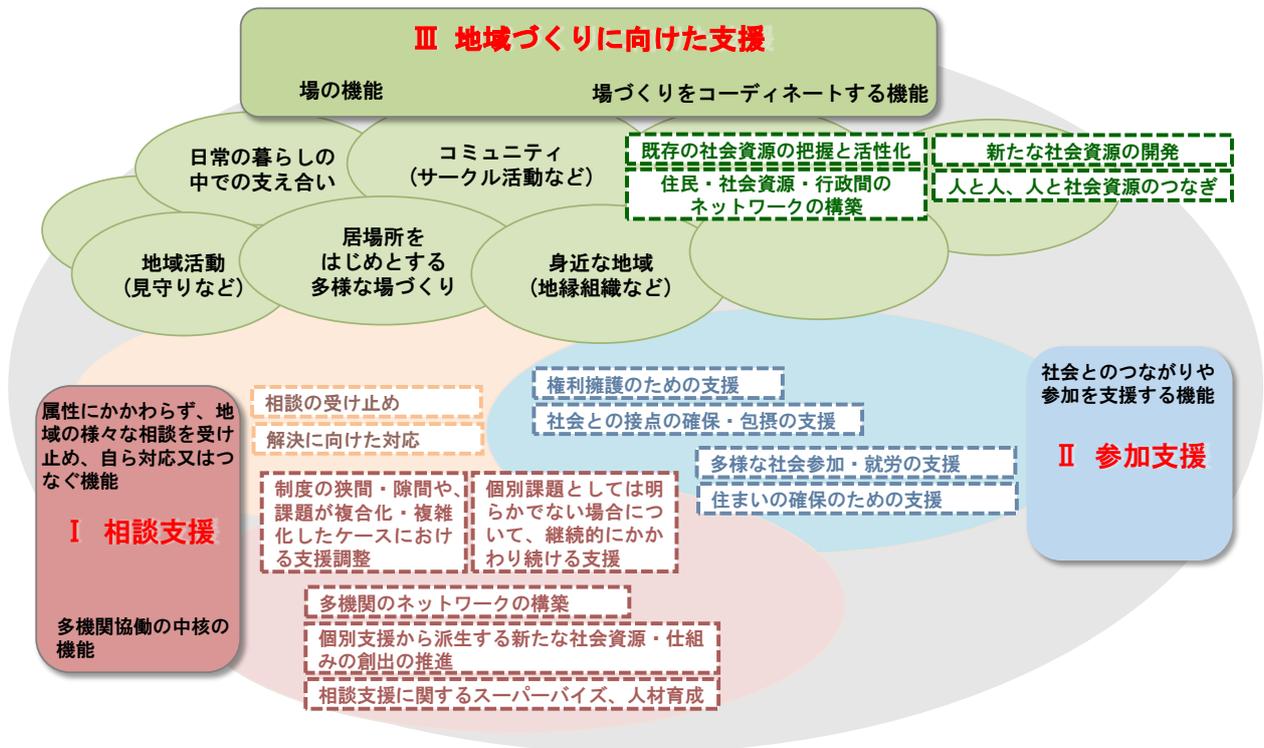
地域共生社会とは、制度・分野ごとの『縦割り』や、「支え手」と「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が、それぞれ『我が事』として参画し、人と人、人と資源が、世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがいと地域をともに創っていく社会のことです。

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】



【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】



### 本村の総合的な相談体制の充実について

地域で暮らしていくうえで、生活や福祉にかかわるさまざまな困りごとを抱える住民のための相談は、住民にとって身近で総合的で的確なものでなくてはなりません。役場まで行くことが困難な人や、どこへ相談すればいいのかわからないという人もおり、地域の中で気軽に相談できる窓口が求められます。

現在、民生・児童委員、役場総合相談窓口、地域包括支援センター、社会福祉協議会等が相談窓口となっていますが、より気軽に相談できる環境をつくるため地域に生活している看護師や介護士など、技能や知識を持つ人に協力してもらい、同じ立場の人による相談ができる体制を工夫します。

(第3期五木村地域福祉計画より)

### 第3章 介護や支援が必要な人に適切なサービスを提供できるむらづくり

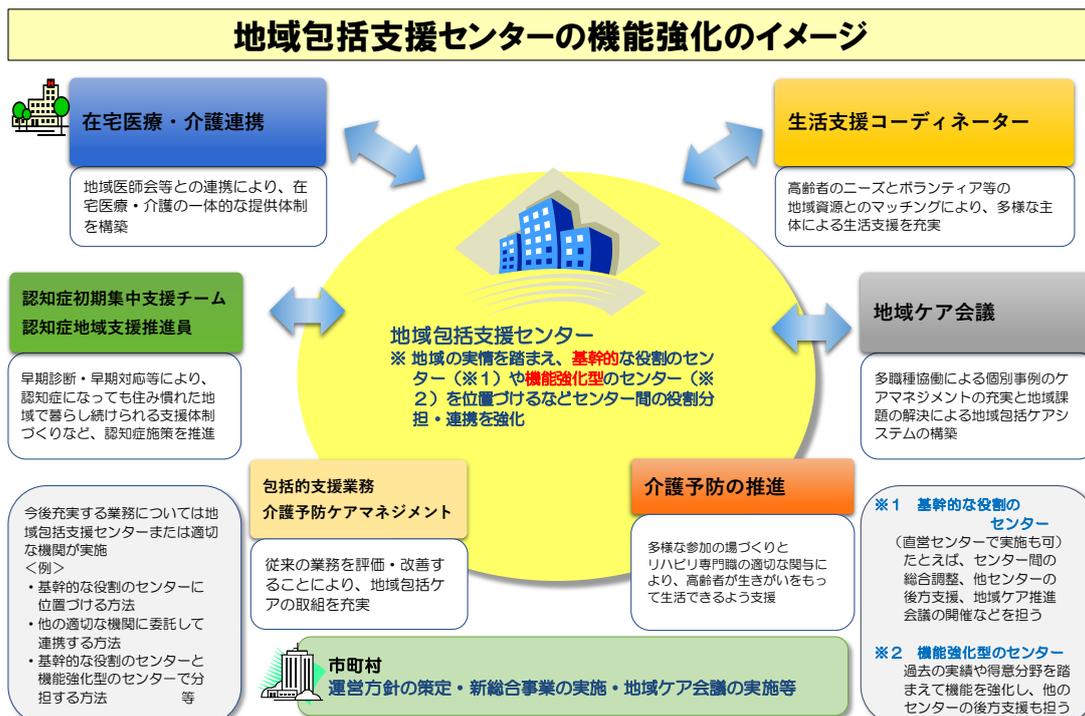
#### 第1節 地域包括支援センターの機能強化と保険者機能の強化

##### 1. 地域包括支援センターの機能強化

高齢者が住み慣れた家庭や地域で生きがいを持ちながら安心して暮らし続けていくためには、住宅生活を支援するサービスの充実は言うまでもなく、地域包括支援センターを中心に、民生委員・児童委員等と連携し、地域において高齢者やその家族を支援することにより、高齢者の状況把握や状況に応じた適切なサービスの提供に結び付ける必要があります。医療機関や介護サービス事業所をはじめ、行政区、民生委員、児童委員、老人クラブ、各種ボランティア等、本村にある貴重な組織・資源が相互に連携して、総合的な地域包括ケアシステムを構築する必要があり、地域包括支援センターはその中核的な役割を担っています。

本村では地域包括支援センターを直営で役場庁舎内に設置しており、保健・福祉等に関する相談だけでなく、障がい者や子育て家庭、生活困窮者などへも総合相談の対象を拡げ、地域の関係機関等と連携しながら、高齢者やその家族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ます。

今後は、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移行に伴う業務など、新たな事業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。認知症地域支援推進員や生活支援コーディネーターを地域包括支援センターに兼務で設置していることもあり、今後必要な取り組みが円滑に行われるよう、人員体制の整備の検討を行いながら、地域包括支援センターの評価については、厚生労働省が策定する評価指標を用いて、業務の状況や業務量などを把握し、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。



## 2. 地域ケア会議の充実

本村では、医療と介護をはじめとした多職種連携の場である保健医療福祉連絡会の機会を活用し、地域ケア会議を月1回開催しています。医療・介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、ケアマネジャーの自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高め、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。

今後も関係機関との連携を密にし、地域ケア会議の5つの機能(下表参照)を構築していきます。

また、地域ケア会議の充実により、個別ケースの課題解決の検討から見出される地域課題を、地域の多職種で解決していく仕組みづくりを行います。

地域ケア会議	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
開催回数(回)	12	11	12	12	12	12
事例検討数(件)	11	6	5	5	5	5

### 【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など、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】



### 3. 包括的支援事業・任意事業の推進

#### (1) 包括的支援事業

包括的支援事業とは、地域のケアマネジメントを総合的に行うために、介護予防ケアマネジメント、総合相談や支援、権利擁護事業、ケアマネジメント支援等を包括的に行う事業のことです。

本村では包括的支援事業として以下のような取り組みを行っています。

#### ■ 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。

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。

地域包括支援センターへの総合相談支援の件数が近年極端に増えているような状況にはありませんが、相談内容・時期として、認知症の事例等で、事態がやや深刻化してから相談があがるケースも見られるため、相談窓口の周知を一層進めるなどの対策で、少しでも早期からの介入・支援が行える体制づくりを推進していきます。

総合相談支援業務	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
総合相談件数(件)	31	32	30	30	31	32

#### ■ 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。

成年後見制度については、制度の一層の周知と活用を図っていきます。

また、近年増加傾向にある消費者被害を防止するため、関係機関と連携し、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。

## ■ 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的なケアマネジメントをケアマネジャーが実践することができるよう、地域のネットワークを整えるとともに、個々のケアマネジャーへの支援を行います。

また、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、学習会などを行い、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。

## ■ 介護予防ケアマネジメント業務

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に基づき、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。

## (2) 任意事業

任意事業とは、町の判断により、国、県からの交付金や介護保険料を財源とする地域支援事業の中で行う事業です、安定した介護保険事業を運営するとともに、被保険者の自立した日常生活支援のために、今後も必要な事業を行っていきます。

本村では任意事業として、介護給付適正化事業（→本章-本節-4に記載）、見守り訪問事業・緊急時体制整備事業（→各論第2章-第2節-6に記載）のほか以下の取り組みを行っていきます。

## ■ 家族介護用品支給事業

要介護3～5の非課税世帯の在宅高齢者を介護している家族を対象に、介護用品（おむつ・尿取りパッド等）の支給を行っています。今後も周知を図り、利用を促進します。

家族介護用品支給事業	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
利用人数(人)	2	0	0	1	1	1

#### 4. 介護給付の適正化に向けた取り組みの推進

今後、介護給付の増大が見込まれる中で、介護給付の適正化は継続的な取り組みが必要であることから、主要5事業である「介護認定の適正化」、「ケアプランの点検」、「住宅改修等の点検」、「医療情報突合・縦覧点検」、「介護給付費通知」を柱に適正化に取り組みます。

##### (1) 介護認定の適正化

要介護（要支援）認定は、全国一律の基準で公平・公正に行われることが重要であり、介護保険財政への影響も大きいことから、要介護認定者の出現率や要介護度分布の地域間格差を分析し検証するとともに、審査判定を平準化することが求められています。

適切な認定審査が行われるよう本村では、認定調査員が圏域での研修会に参加し、公平・公正かつ適切な認定調査を実施していくために必要な知識、技能の修得及び向上を図っていきます。

介護認定の適正化	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
認定調査の点検率 (%)	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

なお、本村における要介護認定に係る認定調査員については、令和2年時点で不足は見られておらず、今後も現状の体制の維持を図るとともに、遠方への調査員派遣の増加等が生じた際には、必要に応じて計画的な整備を検討していきます。

##### (2) ケアプランの点検

介護保険制度の理念としての自立には、「身体的自立」、「社会的・精神的自立」、「経済的自立」などがあります。村内の居宅介護支援事業所のケアマネジャーが作成したケアプランが、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。

ケアプランの点検	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
点検率 (%)	0	0	0	5	5	5

### (3) 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や福祉用具の購入が行われるよう、施工前・購入前の申請書類、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。

住宅改修、福祉用具のリハビリテーション専門職による点検については、今後体制づくりが必要となっていますが、役場内の福祉住環境コーディネーター2級取得者による点検の実施も含めて、点検体制について検討を行います。

住宅改修等の点検	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
住宅改修の施工前点検率 (%)	100			100	100	100

※R1、R2は住宅改修利用実績なし

### (4) 縦覧点検・医療情報との突合

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

また縦覧点検では、受給者ごとに複数月にまたがる介護報酬の支払い状況（請求明細書内容）を確認し、提供されたサービスの整合性、算定回数・算定日数等の点検を行い、請求内容の誤りを早期に発見して適切な処置を行っていきます。

縦覧点検・医療情報との突合	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
縦覧点検の年間実施回数 (回)	1	1	1	2	2	2
医療情報との突合の年間実施回数 (回)	1	1	1	2	2	2

### (5) 介護給付費通知

サービス利用者（家族を含む）に対して、事業所からの介護報酬の請求や費用の給付状況等を郵送にて通知を行っています。自分の受けているサービスを改めて確認していただき、適正な利用に向けた抑制効果を図っていきます。

介護給付費通知	第7期計画の実績値			第8期計画の計画値		
	H30	R1	R2 (見込)	R3	R4	R5
通知率 (%)	100	100	100	100	100	100

## 第2節 介護保険サービスの基盤整備

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等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. 必要利用定員総数の設定

本村では、第8期計画期間において、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）・地域密着型介護老人福祉施設・地域密着型特定施設入所者生活介護については、村の現状と将来予測を勘案し、本計画期間中に新たな基盤整備（新設・増設）は行わない方針です。

一方で、第9期以降の基盤整備の準備として、認知症の高齢者等が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、本計画期間中に小規模グループホーム等の新設を含めた検討を行っていきます。

【本村の地域密着型サービスの必要利用定員総数】

	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
<b>(1) 認知症対応型共同生活介護</b>				
新規整備数	0	0	0	0
整備総数	0	0	0	0
定員総数	0	0	0	0
<b>(2) 地域密着型特定施設入居者生活介護</b>				
新規整備数	0	0	0	0
整備総数	0	0	0	0
定員総数	0	0	0	0
<b>(3) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</b>				
新規整備数	0	0	0	0
整備総数	0	0	0	0
定員総数	0	0	0	0

## 2. 多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みの推進

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、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等を図るべく「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を支援します。

また、介護・福祉・保健・医療の各分野の関係者、地域で活躍する人材、民間の活動団体等と連携・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。

## 3. 介護サービスの質の確保・向上に向けた取り組みの推進

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。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・専門性の向上など、公正・中立の確保の観点から随時見直しを行っていきます。

また、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あらゆる研修・講習の情報提供に取り組めます。

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、介護などを理由とする離職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。

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めます。また、本計画に定める量を上回るサービスの供給について、抑制を図っていきます。

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。

#### 4. 介護給付費等対象サービスの見込みと確保策

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

本項では、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8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。

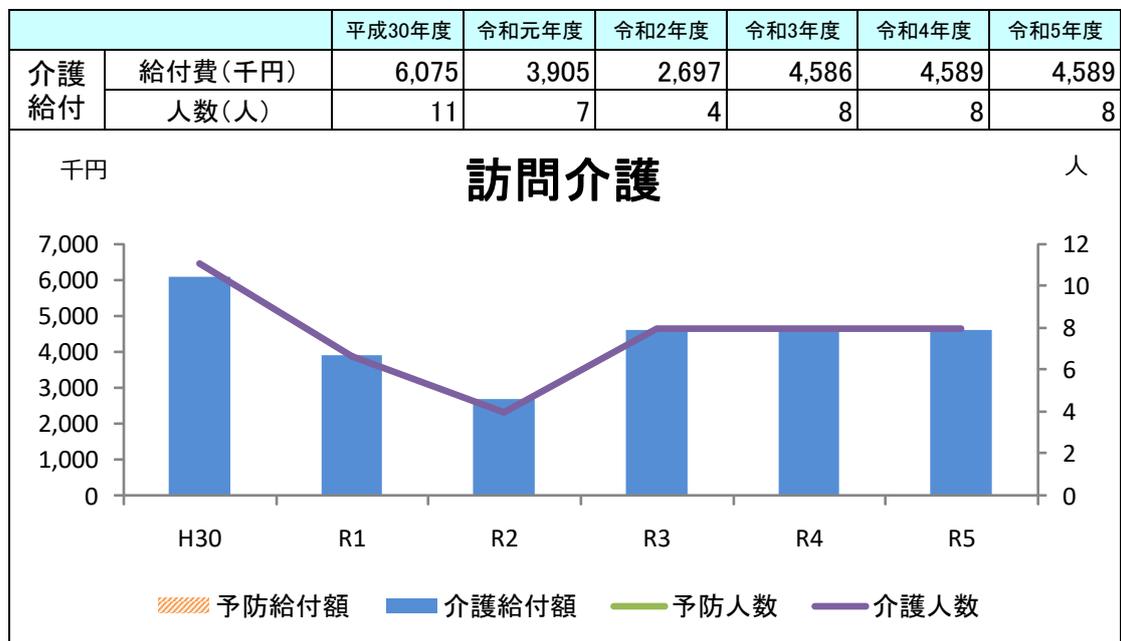
なお、ここで使用している介護保険サービスの事業量・事業費に関する各種データは、国が示した「地域包括ケア見える化システム」を用いて算出しています。

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

##### （1）在宅サービス

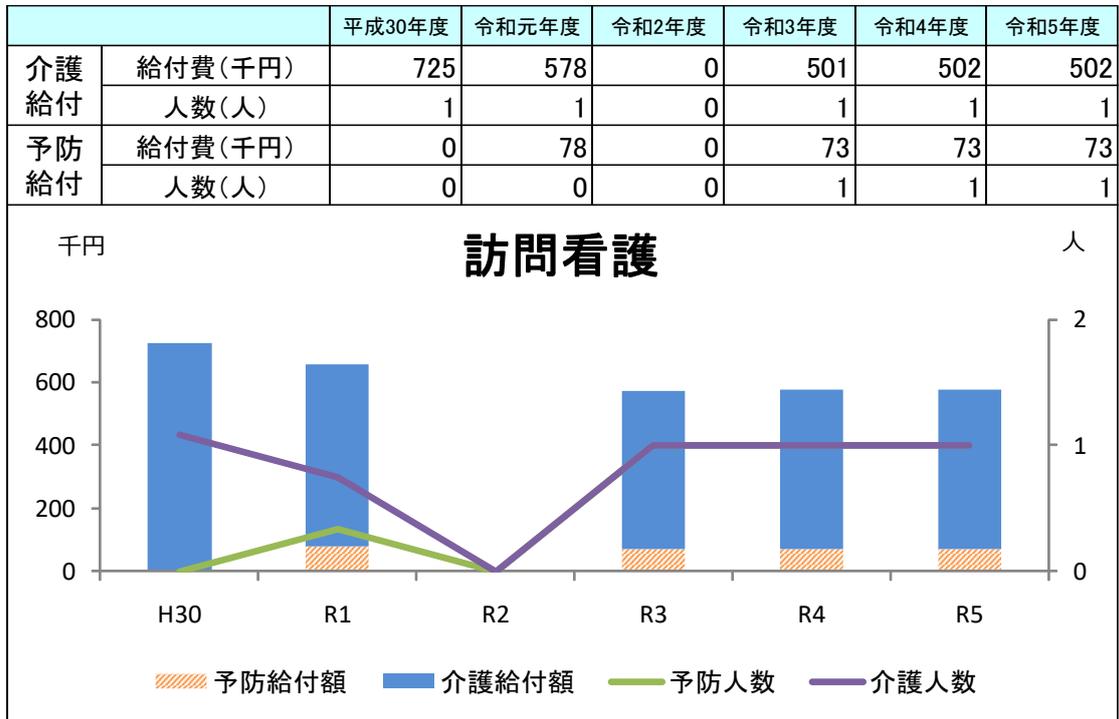
##### ■ 訪問介護・介護予防訪問介護（ホームヘルプ）

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



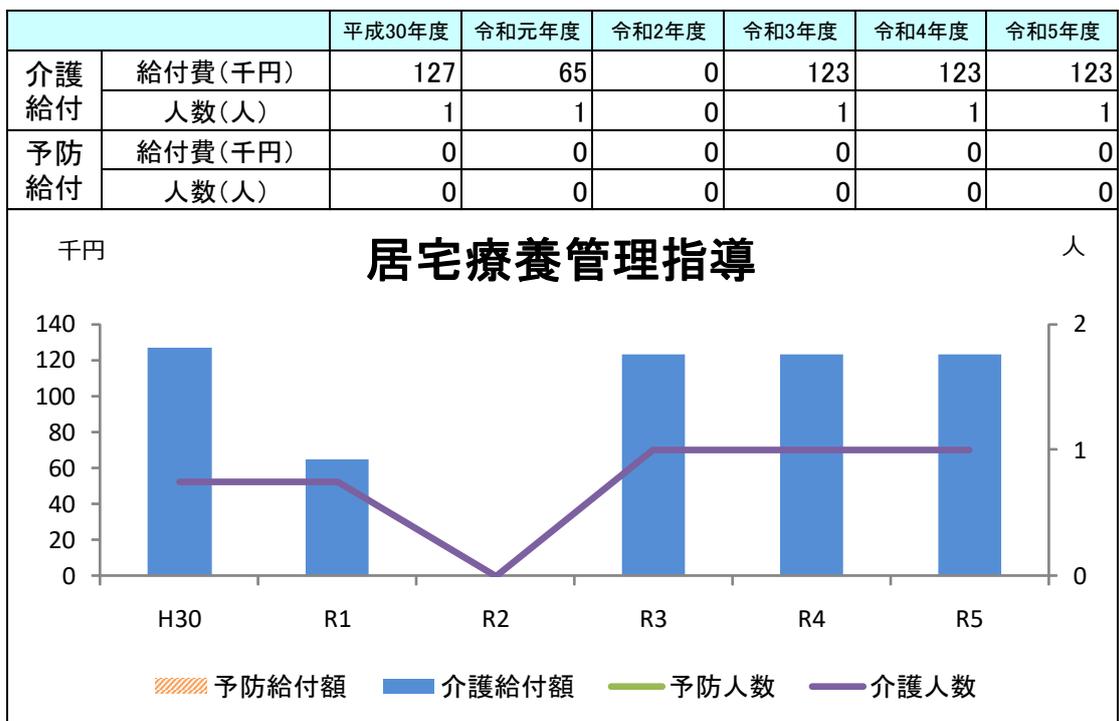
## ■ 訪問看護・介護予防訪問看護

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



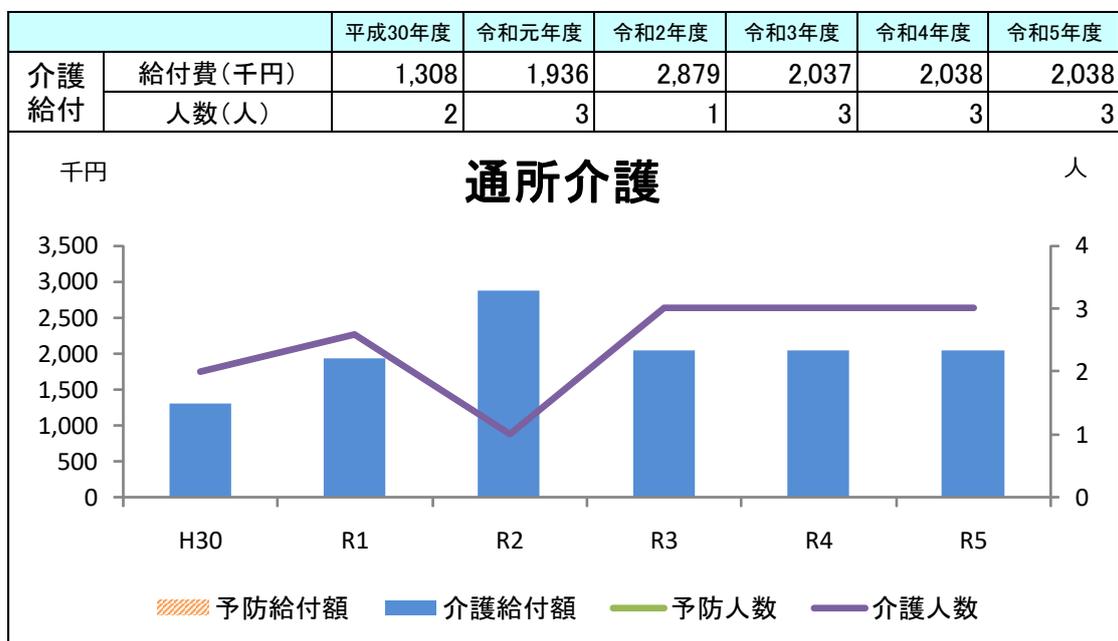
## ■ 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

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、療養上の世話や指導を行います。



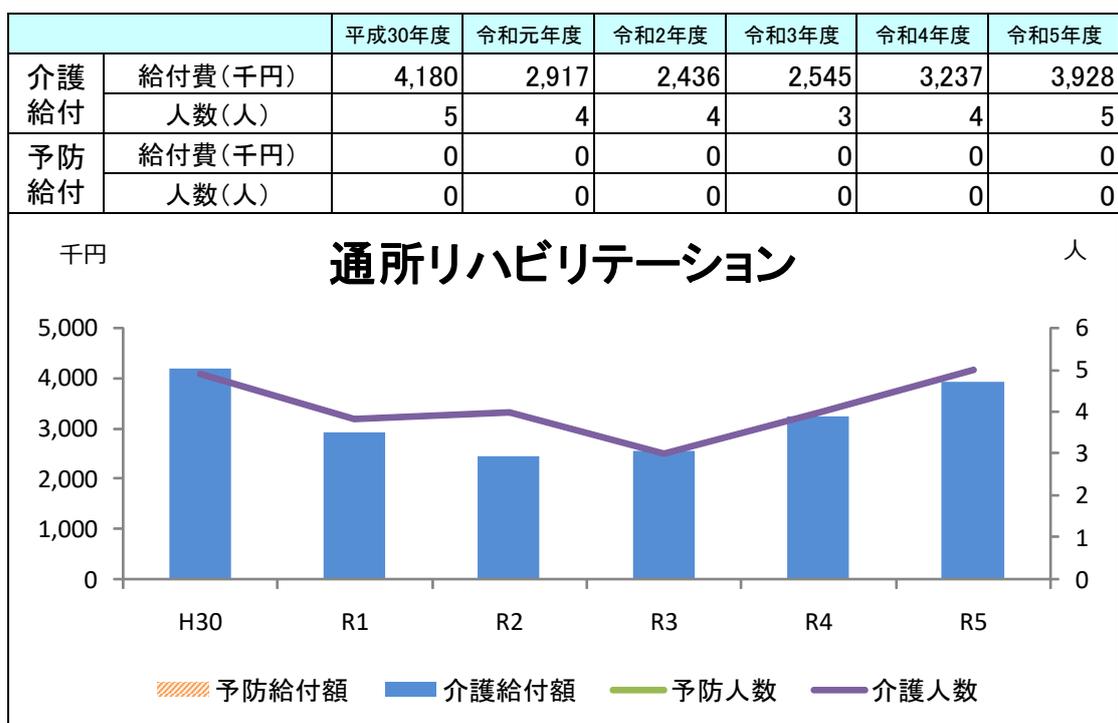
## ■通所介護・介護予防通所介護（デイサービス）

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。



## ■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）

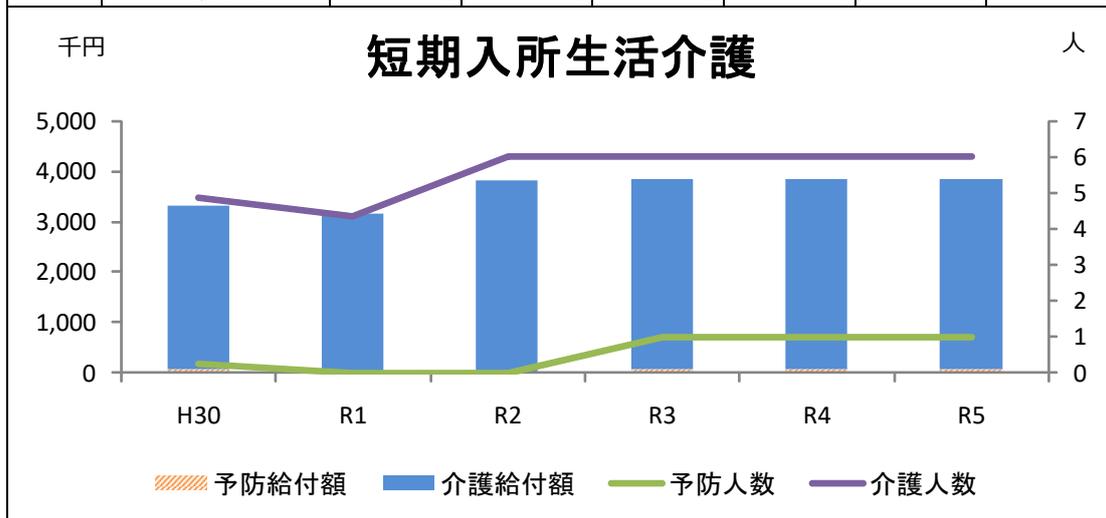
医療施設に通って、食事・入浴の提供や心身機能の維持回復の機能訓練を行います。



## ■ 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。

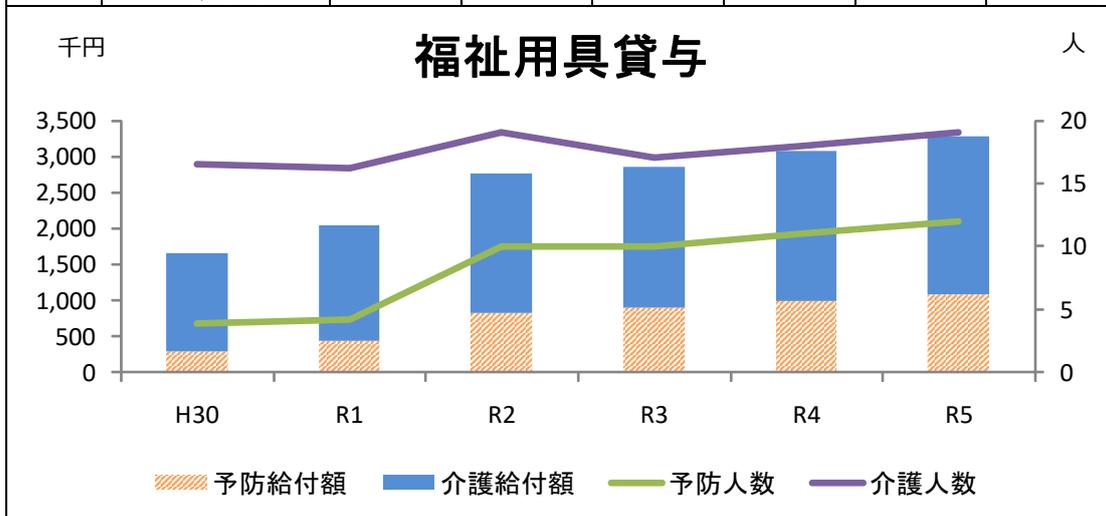
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	3,259	3,156	3,824	3,758	3,760	3,760
	人数(人)	5	4	6	6	6	6
予防 給付	給付費(千円)	64	0	0	85	85	85
	人数(人)	0	0	0	1	1	1



## ■ 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

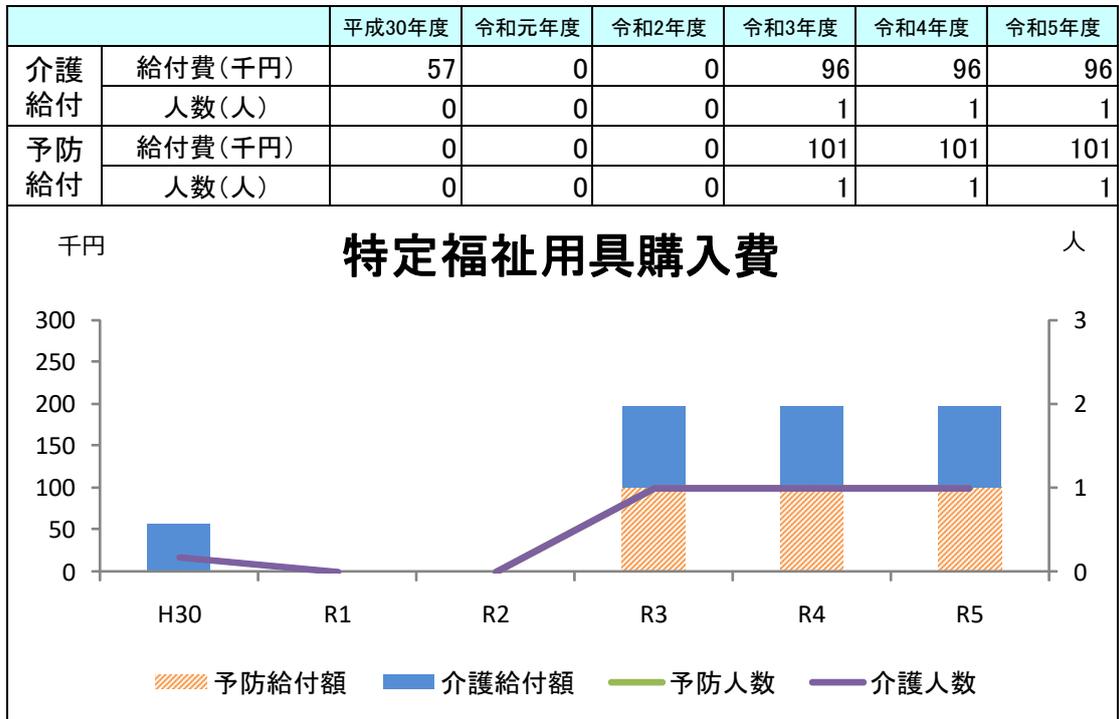
心身の機能が低下した人に、車いす・特殊寝台・体位変換器・歩行補助杖・歩行器・徘徊感知器・移動用リフト等、日常生活を助ける用具を貸与します。

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	1,367	1,605	1,928	1,953	2,080	2,208
	人数(人)	17	16	19	17	18	19
予防 給付	給付費(千円)	288	444	828	894	987	1,080
	人数(人)	4	4	10	10	11	12



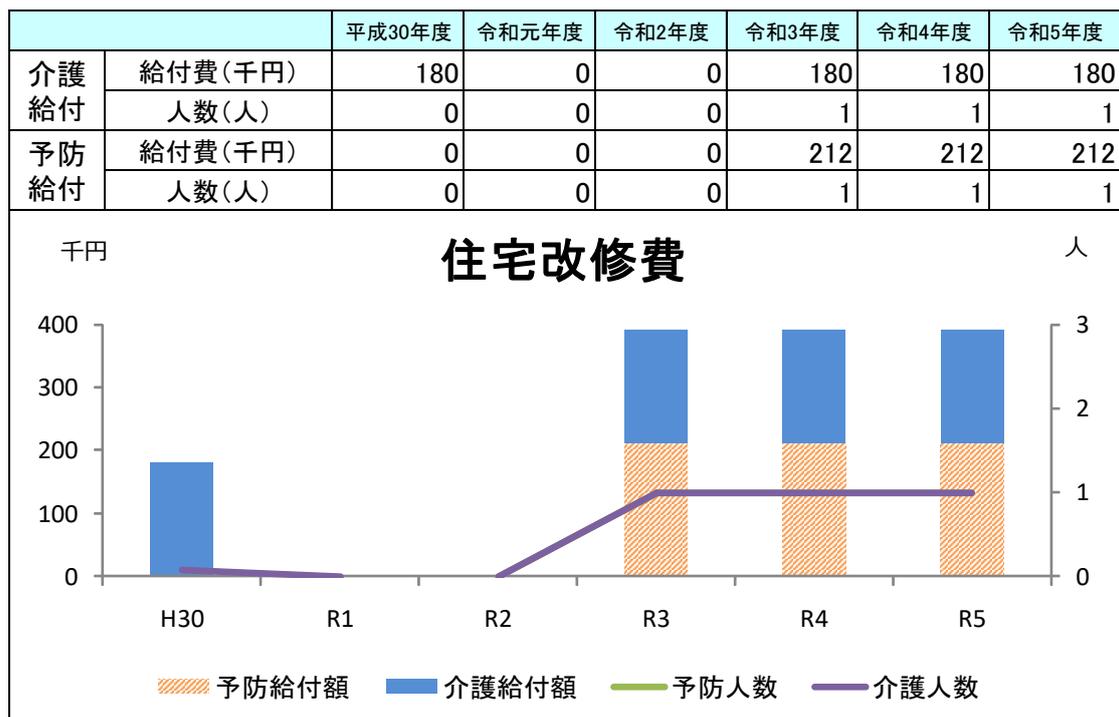
## ■ 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売

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



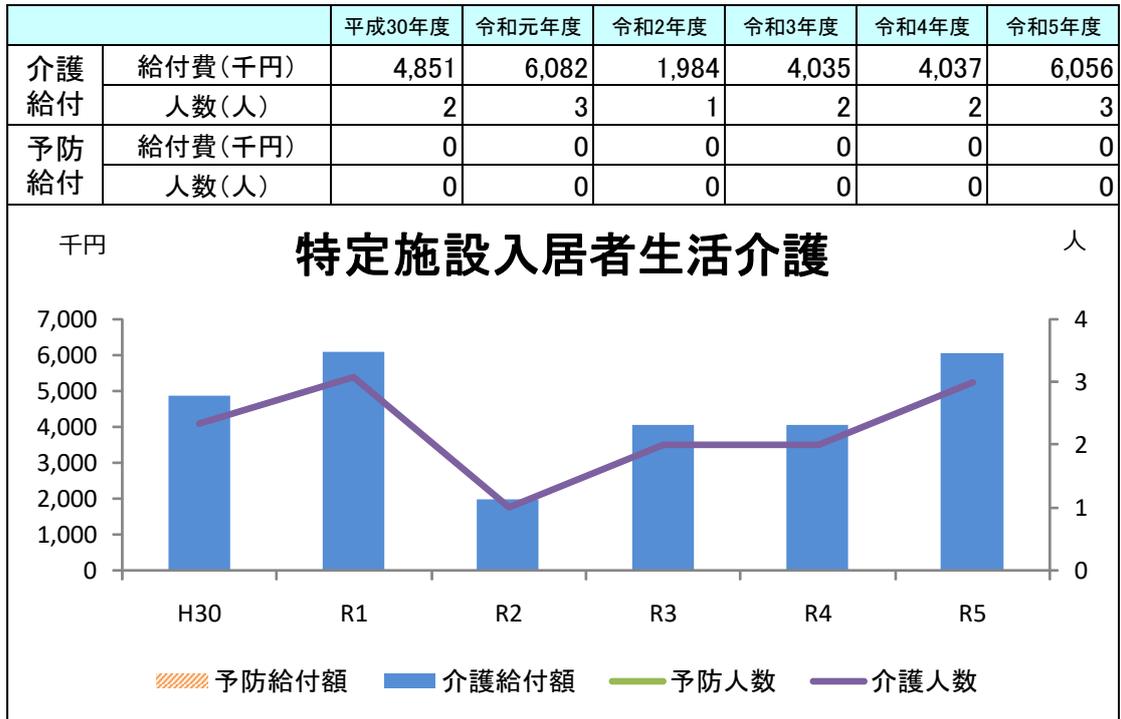
## ■ 住宅改修

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。



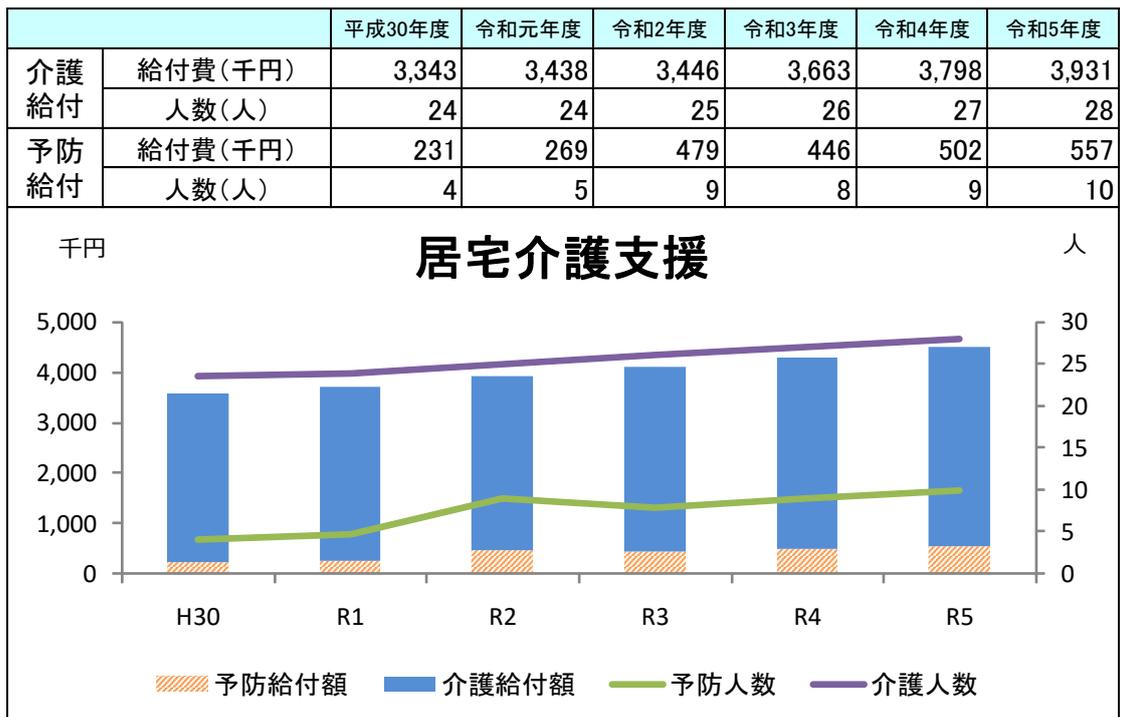
## ■ 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護

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



## ■ 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。



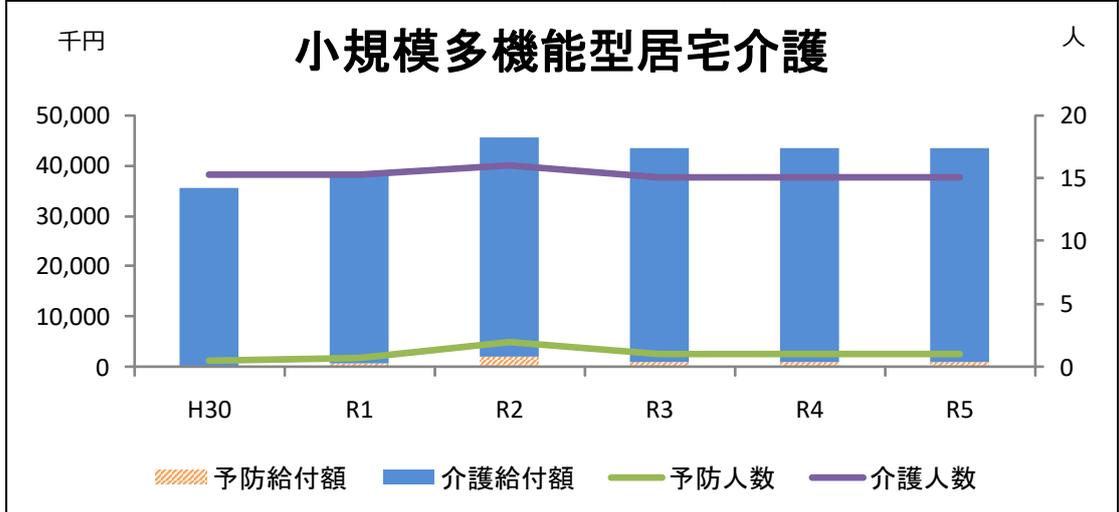
## (2) 地域密着型サービス

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

### ■小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

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

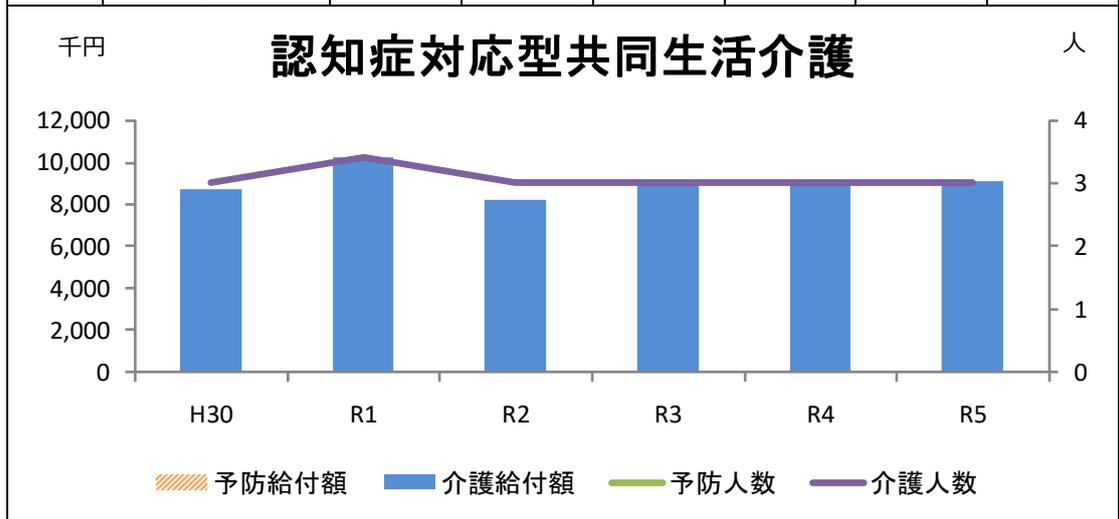
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	35,015	37,626	43,424	42,433	42,456	42,456
	人数(人)	15	15	16	15	15	15
予防 給付	給付費(千円)	432	718	1,983	954	955	955
	人数(人)	1	1	2	1	1	1



## ■ 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

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

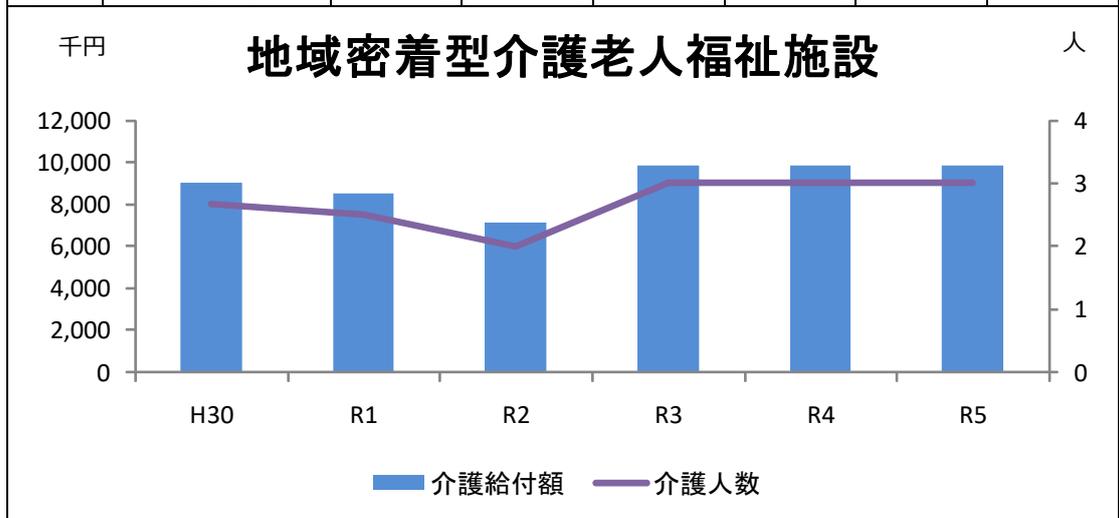
		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	8,719	10,260	8,239	9,059	9,064	9,064
	人数(人)	3	3	3	3	3	3
予防 給付	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0
	人数(人)	0	0	0	0	0	0



## ■ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

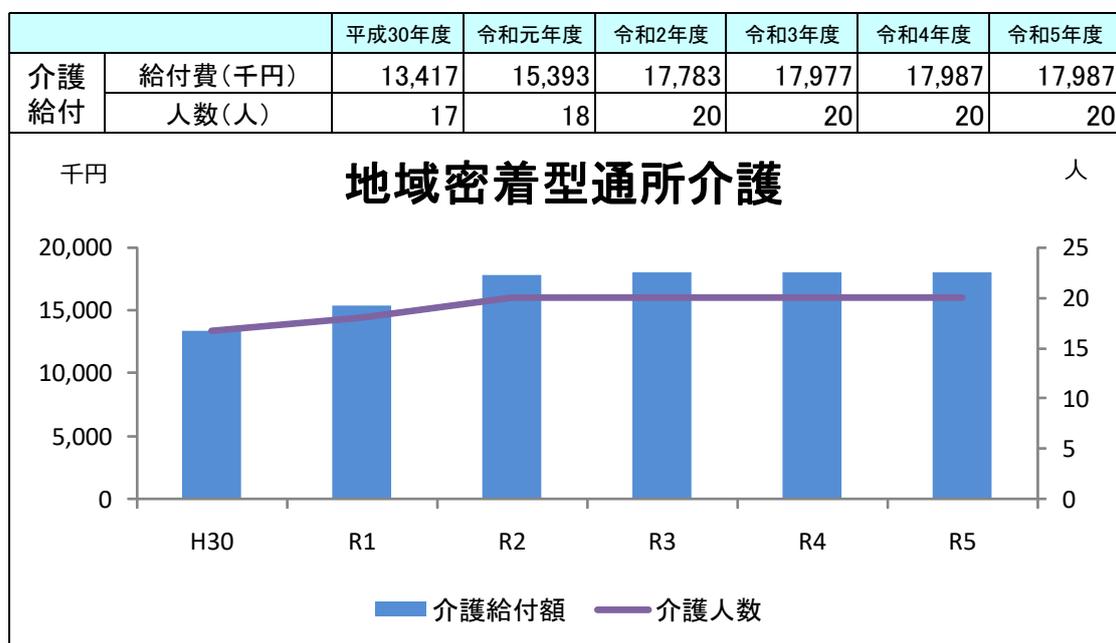
定員 29 人までの小規模な介護老人福祉施設で、入浴・排泄・食事等の介護等日常生活上のお世話や機能訓練を行うサービスです。

		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護 給付	給付費(千円)	9,029	8,533	7,166	9,834	9,840	9,840
	人数(人)	3	3	2	3	3	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・ユニットケアを進めるなど、多様な住まいの普及に引き続き取り組めます。

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

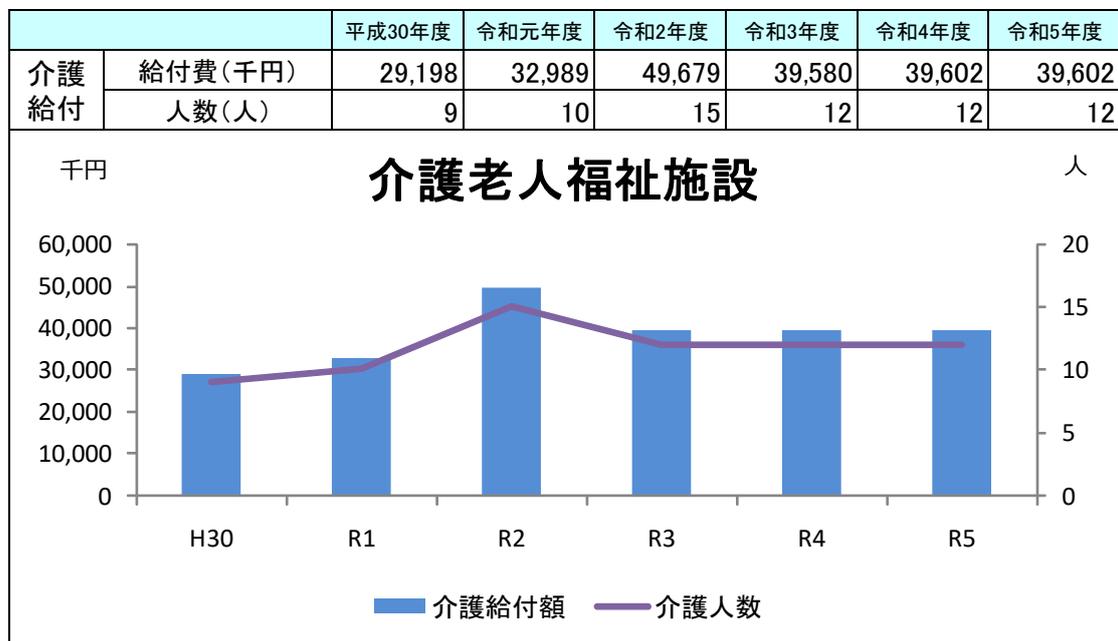
そのため、施設入所者の対応については、国の指針等に基づき、公平公正な判定を行うとともに、既存の施設利用者の重度者への重度化予防にも、引き続き取り組んでいきます。

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

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

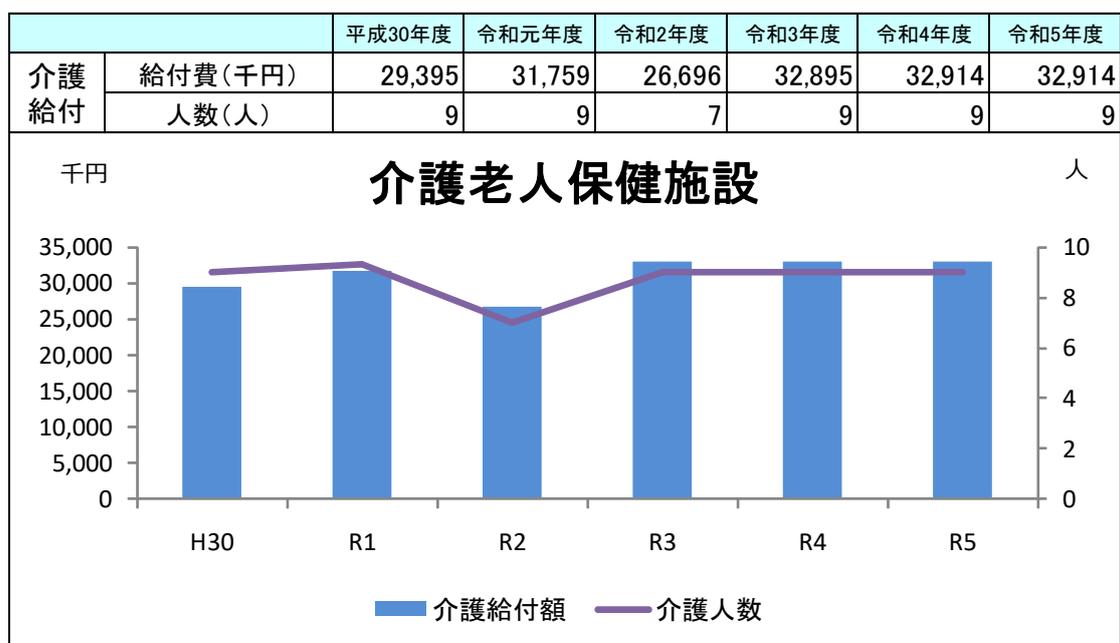
## ■介護老人福祉施設

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。



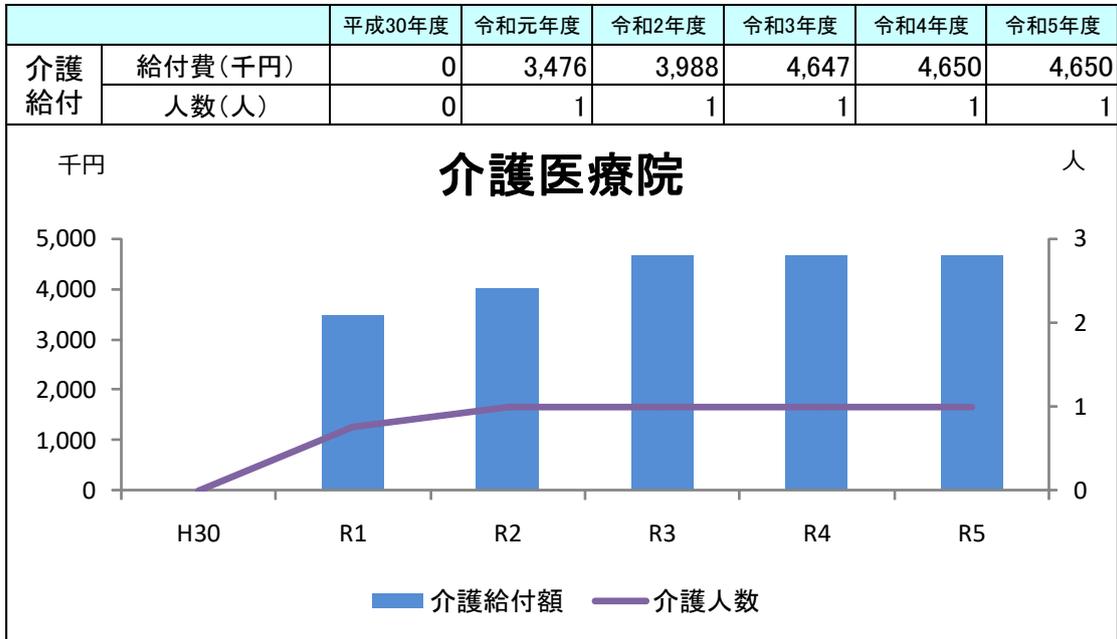
## ■介護老人保健施設

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。



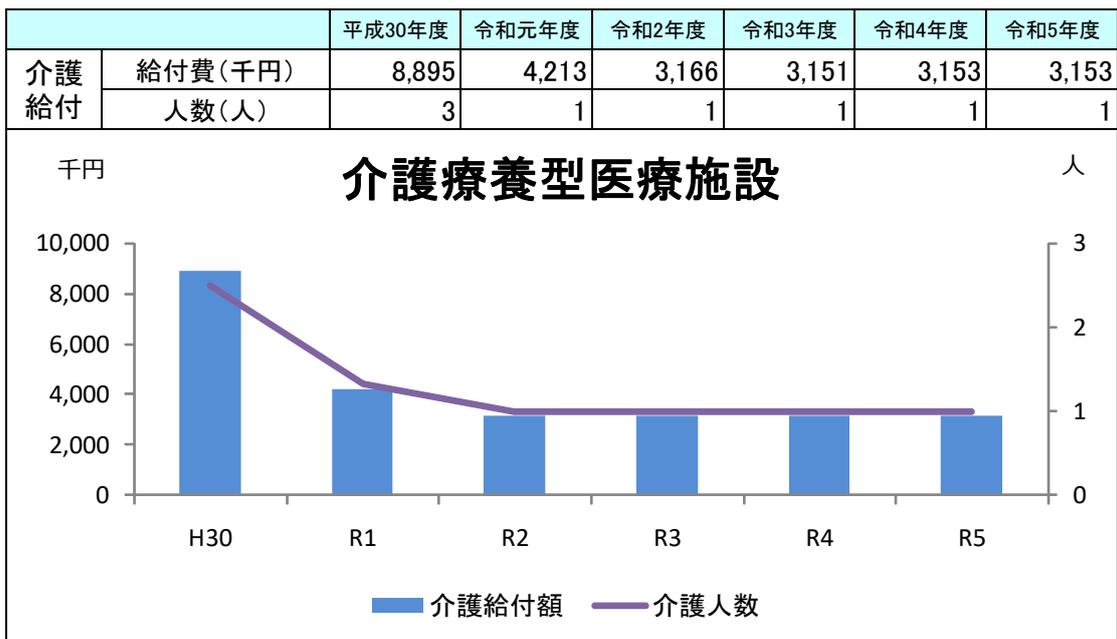
## ■介護医療院

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。



## ■介護療養型医療施設

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



## 5. 第8期介護保険料の算定

### (1) 事業費算出の流れ

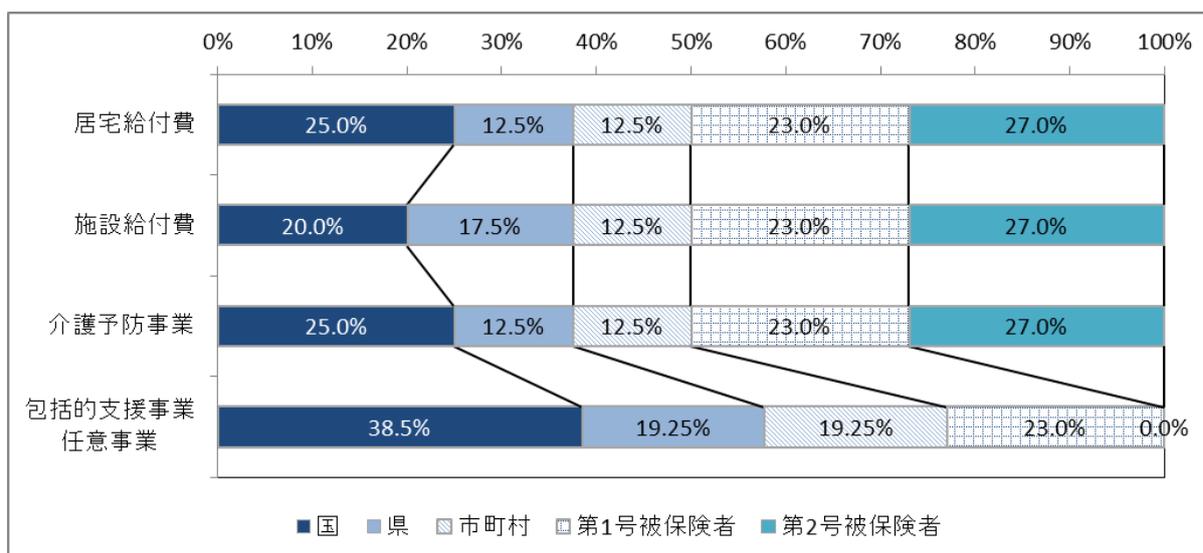
介護保険事業費及び第1号被保険者保険料は、計画期間における第1号被保険者数及び要介護（要支援）認定者数の見込み、さらに、介護保険サービス及び地域支援事業に係る費用見込み等をもとに算定します。

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



## (2) 事業費の見込み

### ■ 予防給付費

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

(単位：千円)

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
(1) 介護予防サービス	1,365	1,458	1,551
介護予防訪問介護	0	0	0
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	73	73	73
介護予防訪問リハビリテーション	0	0	0
介護予防居宅療養管理指導	0	0	0
介護予防通所介護	0	0	0
介護予防通所リハビリテーション	0	0	0
介護予防短期入所生活介護	85	85	85
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	894	987	1,080
特定介護予防福祉用具購入費	101	101	101
介護予防住宅改修	212	212	212
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	954	955	955
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	954	955	955
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	446	502	557
合計	2,765	2,915	3,063

## ■介護給付費

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

(単位：千円)

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
(1)在宅サービス	19,814	20,642	23,480
訪問介護	4,586	4,589	4,589
訪問入浴介護	0	0	0
訪問看護	501	502	502
訪問リハビリテーション	0	0	0
居宅療養管理指導	123	123	123
通所介護	2,037	2,038	2,038
通所リハビリテーション	2,545	3,237	3,928
短期入所生活介護	3,758	3,760	3,760
短期入所療養介護(老健)	0	0	0
短期入所療養介護(病院等)	0	0	0
短期入所療養介護(介護医療院)	0	0	0
福祉用具貸与	1,953	2,080	2,208
特定福祉用具購入費	96	96	96
住宅改修費	180	180	180
特定施設入居者生活介護	4,035	4,037	6,056
(2)地域密着型サービス	79,303	79,347	79,347
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	42,433	42,456	42,456
認知症対応型共同生活介護	9,059	9,064	9,064
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	9,834	9,840	9,840
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	17,977	17,987	17,987
(3)施設サービス	80,273	80,319	80,319
介護老人福祉施設	39,580	39,602	39,602
介護老人保健施設	32,895	32,914	32,914
介護医療院	4,647	4,650	4,650
介護療養型医療施設	3,151	3,153	3,153
(4)居宅介護支援	3,663	3,798	3,931
合計	183,053	184,106	187,077

## ■ その他の給付等の見込み

### ① 標準給付費

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
総給付費(円)	185,818,000	187,021,000	190,140,000
特定入所者介護サービス費等給付額(円)	7,306,716	6,743,844	6,749,510
高額介護サービス費等給付額(円)	6,600,000	6,000,000	5,500,000
高額医療合算介護サービス費等給付額(円)	289,303	289,303	283,338
算定対象審査支払手数料(円)	0	0	0
標準給付費見込額(円)	200,014,019	200,054,147	202,672,848

### ② 地域支援事業費

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護予防・日常生活支援総合事業費(円)	5,571,000	5,600,000	5,600,000
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)	1,660,000	1,660,000	1,660,000
包括的支援事業(社会保障充実分)(円)	629,000	586,000	586,000
地域支援事業費(円)	7,860,000	7,846,000	7,846,000

### ③ 財政安定化基金

	令和3～5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

### ④ 準備基金の残高と取崩額

	令和3～5年度
準備基金の残高(令和2年度末)(円)	13,000,000
準備基金取崩額(第8期)(円)	2,390,000

### ⑤ 市町村特別給付費等

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
市町村特別給付費等(円)	0	0	0

### ⑥ 予定保険料収納率

	令和3～5年度
予定保険料収納率(%)	100.0%

(3) 第1号被保険者の介護保険料基準額の算出

(金額の単位：円)

標準給付費見込額	602,741,014
+	
地域支援事業費	23,552,000
=	
介護保険事業費見込額	626,293,014
×	
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	144,047,393
+	
調整交付金相当額	30,975,601
-	
調整交付金見込額	73,469,000
+	
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	2,390,000
+	
市町村特別給付費等	0
=	
保険料収納必要額	99,163,994
÷	
予定保険料収納率	100.0%
÷	
所得段階別加入割合補正後第1号被保険者数(3年間)	1,312
=	
年額保険料	75,582
÷	
12か月	
≡	
月額保険料(基準額)	6,300
(参考)前期の月額保険料(基準額)	5,800

#### (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介護保険料基準月額を設定し、所得段階に応じた保険料設定を実施しています。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。

以上を含めた第8期の月額介護保険料の設定は以下のとおりとなります。

	令和3年度	令和4年度	令和5年度	負担割合
第1段階	2,835円 (1,890円)	2,835円 (1,890円)	2,835円 (1,890円)	0.45 (0.30)
第2段階	4,725円 (3,150円)	4,725円 (3,150円)	4,725円 (3,150円)	0.75 (0.50)
第3段階	4,725円 (4,410円)	4,725円 (4,410円)	4,725円 (4,410円)	0.75 (0.70)
第4段階	5,670円	5,670円	5,670円	0.90
第5段階	6,300円	6,300円	6,300円	1.00
第6段階	7,560円	7,560円	7,560円	1.20
第7段階	8,190円	8,190円	8,190円	1.30
第8段階	9,450円	9,450円	9,450円	1.50
第9段階	10,710円	10,710円	10,710円	1.70

( ) 内は軽減後の月額保険料・負担割合

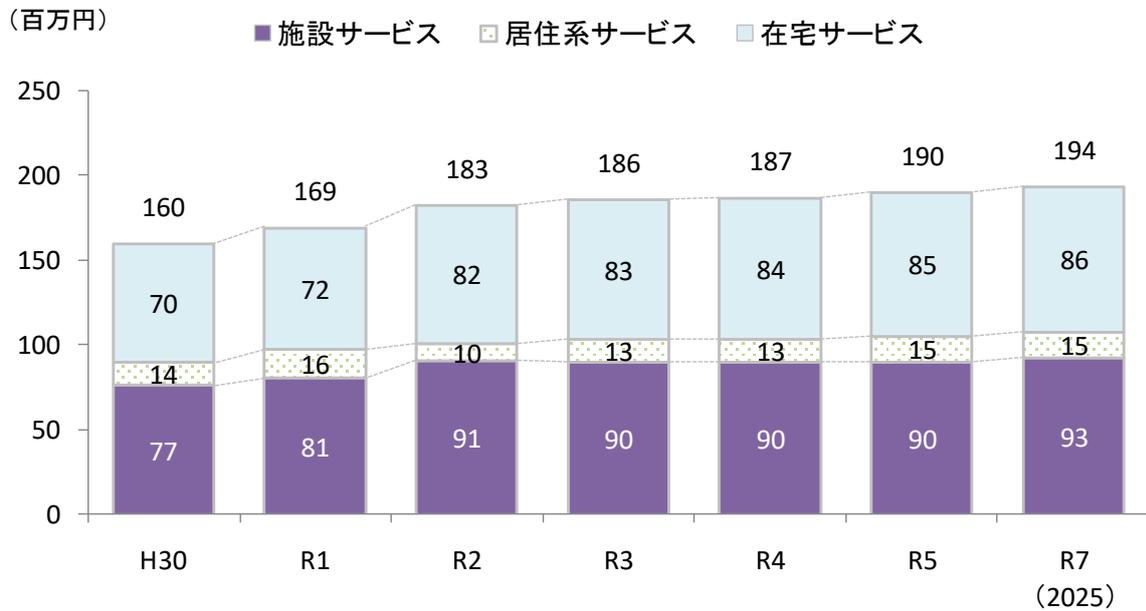
各段階における保険料負担割合の概要は以下のとおりとなります。

	該当条件	基準額に対する割合	
第1段階	生活保護世帯者、世帯全員が住民税非課税の老齢福祉年金受給者 世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下	0.45	(0.30)
第2段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円超120万円以下	0.75	(0.50)
第3段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等120万円超	0.75	(0.70)
第4段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下	0.90	
第5段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円超	1.00	基準
第6段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額120万円未満	1.20	
第7段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額120万円以上210万円未満	1.30	
第8段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額210万円以上320万円未満	1.50	
第9段階	本人が住民税課税かつ合計所得金額320万円以上	1.70	

( ) 内は軽減後の負担割合

## (5) 2025年のサービス水準等の推計

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

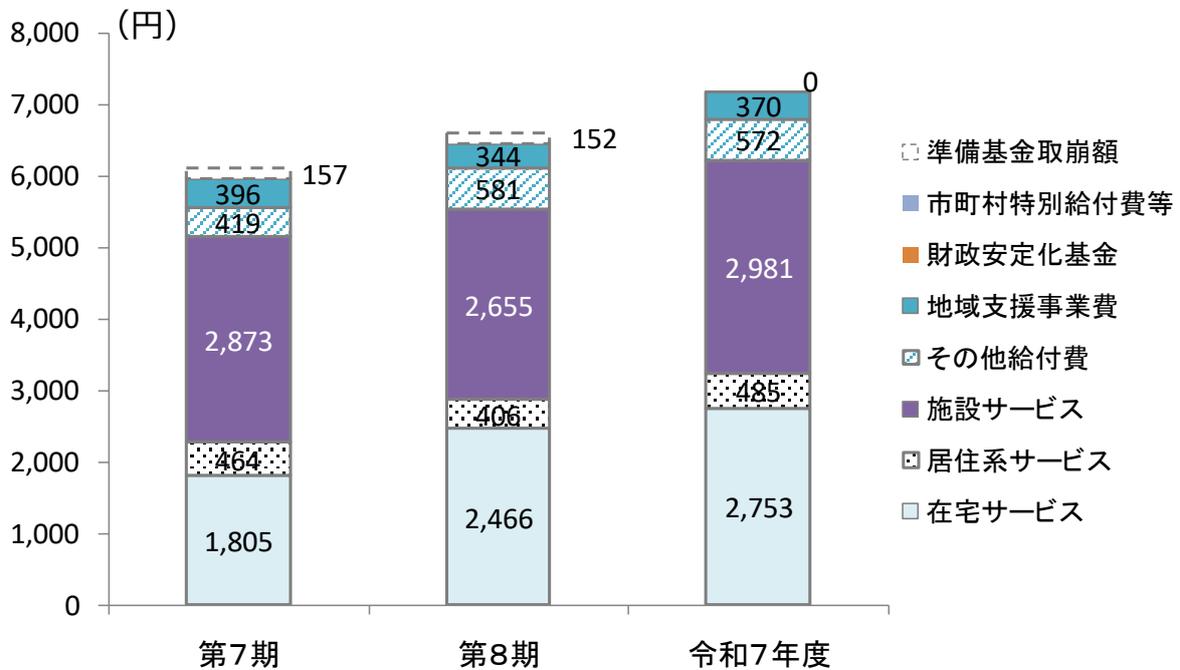


	令和3年度	令和4年度	令和5年度
総給付費	185,818	187,021	190,140
在宅サービス	82,617	83,761	84,861
居住系サービス	13,094	13,101	15,120
施設サービス	90,107	90,159	90,159

(単位：千円)

2025年（令和7年）を見据えた中長期的なサービス水準を基に試算した、介護保険料基準額の経年変化については、以下のとおりとなります。

なお、ここで示す月額保険料については、国の示した「地域包括ケア見える化システム」を基に算出したものとなります。



	第7期		第8期		令和7年度	
	金額(円)	構成比	金額(円)	構成比	金額(円)	構成比
総給付費	5,143	86.3%	5,527	85.7%	6,218	86.8%
在宅サービス	1,805	30.3%	2,466	38.2%	2,753	38.4%
居住系サービス	464	7.8%	406	6.3%	485	6.8%
施設サービス	2,873	48.2%	2,655	41.1%	2,981	41.6%
その他給付費	419	7.0%	581	9.0%	572	8.0%
地域支援事業費	396	6.6%	344	5.3%	370	5.2%
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	5,957	100.0%	6,452	100.0%	7,161	100.0%
準備基金取崩額	157	2.6%	152	2.4%	0	0.0%
保険料基準額	5,800	97.4%	6,300	97.6%	7,161	100.0%



# 資料編

○五木村高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会設置要綱

平成 11 年 2 月 1 日

告示第 8 号

(設置)

第 1 条 本村は、住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五木村介護保険事業計画を策定するため、五木村高齢者福祉計画及び五木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。

(所掌事項)

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して必要な事項

(組織)

第 3 条 委員会は、委員 16 名以内で構成する。

2 委員は、次に掲げる者のうち村長が委嘱する。

- (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た者

(任期)

第 4 条 委員の任期は、3 年とし、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。ただし、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、当然退職するものとする。

(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、必要があると認めたときは、委員以外の者に会議への出席を求めて意見を述べさせ、若しくは証明させ、又は必要な資料の提出を求めることができる。

(作業部会)

第 8 条 住民の意見を計画に反映するために作業部会を設置し、作業部会の委員は、村長が委嘱する。

2 作業部会は、委員長の命を受け調査研究を行う。

(庶務)

第9条 委員会の庶務は、保健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、委員長が定める。

附 則

この要綱は、公布の日から施行する。

附 則(平成13年12月21日告示第80号)

この要綱は、公布の日から施行する。

附 則(平成23年12月21日告示第59号)

この要綱は、平成24年1月1日から施行する。

附 則(平成26年11月25日告示第37号)

この要綱は、公布の日から施行する。

#### ■ 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) 高齢者及びサービスの現状・将来予測について (3) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査について (4) 在宅介護実態調査について (5) その他	R2.10.15
第2回	(1) 介護保険事業量及び保険料の推計について (2) 五木村高齢者福祉計画及び第8期介護保険事業計画骨子(案)について (3) その他	R2.11.19
第3回	(1) 五木村高齢者福祉計画及び第8期介護保険事業計画書について (2) 介護保険料について (3) 今後のスケジュールについて (3) その他	R3.2.4

■五木村高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会委員名簿（第1回）

区 分	氏 名	役職	所属団体名
社会福祉関係者	北 原 東		五木村老人クラブ連合会会長
	永 里 克 彦		五木村社会福祉協議会事務局長
	石 田 義 幸	委 員 長	五木村民生委員・児童委員協議会会長
保健・医療関係者	佐 藤 智 英		五木村診療所長
関係機関の職員	森 田 広 信		五木村総務課長
その他村長が必要と認めた者	土肥カメノ		第1号保険者
	木野典子		第1号保険者
	入口幸助		第1号保険者
	大俣秋代		第2号保険者
	田中加代子	副委員長	第2号保険者
	川邊知恵美		第2号保険者

任期：令和2年10月31日まで

■五木村高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会委員名簿（第2・3回）

区 分	氏 名	役職	所属団体名
社会福祉関係者	北 原 東	副委員長	五木村老人クラブ連合会会長
	永 里 克 彦		五木村社会福祉協議会事務局長
	辻 篤 子		五木村民生委員・児童委員協議会副会長
保健・医療関係者	佐 藤 智 英		五木村診療所長
関係機関の職員	森 田 広 信		五木村総務課長
その他村長が必要と認めた者	土 肥 カメノ		第1号保険者
	木 野 典 子		第1号保険者
	川 邊 正 美		第1号保険者
	大 俣 秋 代		第2号保険者
	田 中 加 代 子	委員長	第2号保険者
	川 邊 知 恵 美		第2号保険者

任期：令和5年10月31日まで

■用語集

(五十音順)

用 語	解 説
インセンティブ	目標を達成するための刺激・誘因のこと。
インフォーマルサービス	公的機関や専門職による介護保険制度に基づくサービスや支援（フォーマルサービス）以外の支援のこと。具体的には、家族、近隣、友人、民生委員、ボランティア、非営利団体（NPO）などの制度に基づかない援助などが挙げられる。
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、残りの半分を公費で賄っている。
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。
介護福祉士	社会福祉士及び介護福祉士法に基づく国家資格。身体上または精神上的の障がいがあることにより、日常生活を営むのに支障がある者に対して、心身の状況に応じた介護を行い、またその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う。英語名はケアワーカー。
介護予防サポーター	介護予防の人材育成研修を修了した方。地域で行われるさまざまな介護予防活動を支える人材。
介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)	要支援1・2の方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。
課題整理総括表	介護保険サービス利用者の状況（移動、食事、社会との関わり等の約20項目）、支援が必要な状況等になった要因、改善・維持の可能性、自立した日常生活の阻害要因等を記載した総括表。情報の整理・分析等を通じて課題を導き出した過程について、多職種協働の場面等で説明する際に適切な情報共有をすることを目的として作成する。
基本チェックリスト	総合事業対象者を把握するための生活機能評価において用いられる調査票。介護の原因となりやすい生活機能低下の危険性がないかどうかという視点で、運動、口腔、栄養、物忘れ、うつ症状、閉じこもりなどの全25項目について、「はい/いいえ」で回答する。

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。ケアマネジャーによるケアマネジメントのもと作成される。在宅の場合は「居宅サービス計画」または「介護予防サービス計画」、施設の場合は「施設サービス計画」という。
ケアマネジメント	主に介護等の福祉分野でサービスとそれを必要とする人のニーズをつなぐ手法のこと。具体的には①インテーク（受理面接）⇒②アセスメント（生活課題の分析）⇒③プランニング（計画の立案）⇒④サービスの実施⇒⑤モニタリング（進行中における中途評価）⇒⑥エヴァリュエーション（最終的な評価）⇒⑥の結果をフィードバックすることで、再度上述の②からのプロセスを経るといった一連の行為を指す。
ケアプラン	在宅の要介護者等が、介護サービスを適切に利用できるように、心身の状況、生活環境、サービス利用の意向等を勘案して、サービスの種類、内容、時間及び事業者を定めた計画。
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。
国保データベース（KDB）システム	国民健康保険中央会が「特定健診・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」などに係る情報を利活用して保険者向けに統計情報等を提供し、保険者の効率的・効果的な保健事業の実施をサポートするために開発されたシステム。
サービス付き高齢者向け住宅	「高齢者住まい法」の改正により創設された介護・医療と連携し、高齢者の安心を支えるサービスを提供するバリアフリー構造の住宅のこと。

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。
施設サービス	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院に入所して受けるサービスの総称。要介護1～5の認定者が利用できるとされているが、介護老人福祉施設については、平成26年度の介護保険法改正により、原則要介護3以上の入所となった。また、その施設整備は介護保険事業計画に基づいて行われる。
社会福祉協議会	社会福祉法に基づき設置される、民間の社会福祉活動を推進することを目的とした民間組織。都道府県や政令指定都市、市区町村を単位に設置されており、住民の多様な福祉ニーズに応えるため、地域の特性を踏まえて、地域のボランティアと協力しながら独自の事業に取り組んでいる。
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。
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。介護保険に関連する情報をはじめ、地域包括ケアシステムの構築に関する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。

調整交付金	市町村ごとの介護保険財政の調整を行うため、全国ベースで給付費の5%相当分を交付するもの。普通調整交付金と特別調整交付金の2つがある。普通調整交付金は、第1号被保険者のうち75歳以上である者の割合（後期高齢者加入割合）及び所得段階別被保険者割合の全国平均との格差により生ずる保険料基準額の格差調整のために交付されるもの。特別調整交付金は、災害等の特別な事情がある場合に交付されるもので、普通調整交付金の残額が特別調整交付金の総額となる。
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、受講者にはそ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。調査の結果は、介護認定審査会における審査・判定の資料となる。

バリアフリー	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。
PDCA 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って業務を継続的に改善していく手法のこと。
フレイル	「加齢により心身が古い衰えた状態」のこと。厚生労働省研究班の報告書では、「加齢とともに心身の活力（運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」とされる。
ホームヘルパー	都道府県知事の指定する「訪問介護員養成研修」の課程を修了した者に与えられる認定。現在1級と2級があり、2級取得で訪問介護における身体介護・家事援助などの介護業務に従事できる。
民生委員・児童委員	民生委員とは、厚生労働大臣より委嘱を受けて、それぞれの地域において、常に住民の立場に立って相談に応じ、福祉事務所等と協力し、必要な援助を行うことを職務として、市町村の区域に配置されている民間の奉仕者※である。また、児童委員とは、地域の子どもたちを見守り、子育ての不安や妊娠中の心配ごとなどの相談・支援などを行うことを職務とする民間の奉仕者※である。それぞれ民生委員法と児童福祉法に基づいて委嘱されるが、児童福祉法上、民生委員が児童委員を兼ねることとされており、「民生委員・児童委員」が正式な呼称である。 ※行政実例では地方公務員法第3条第3項第2号に規定する「非常勤の特別職の地方公務員」（都道府県）に該当すると解されているが、奉仕者となるため無報酬である。
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。
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。

---

## 第 8 期

# 五木村高齢者福祉計画及び介護保険事業計画

令和 3 年度～令和 5 年度（第 8 期）

発 行 五木村 保健福祉課  
〒868-0201  
熊本県球磨郡五木村甲 2672-7  
電話 0966-37-2214（直通）

発行日 令和 3 年 3 月

---