

**五木村高齢者福祉計画及び
第9期介護保険事業計画**

令和6年3月

熊本県 五木村

～ 目 次 ～

総論.....	1
第1章 計画策定にあたって.....	2
第1節 計画策定の背景・趣旨.....	2
第2節 国の基本指針等を踏まえた計画策定.....	5
1. 第9期計画策定の基本指針.....	5
2. 計画策定に向けた地域特性の把握.....	6
第3節 計画の概要.....	7
1. 計画の法的根拠と位置づけについて.....	7
2. 計画の期間.....	8
3. 日常生活圏域の設定.....	8
4. 住民参画による地域性を活かした計画策定.....	9
第2章 高齢者を取り巻く現状と課題.....	10
第1節 人口と高齢者の状況.....	10
1. 人口の推移と予測.....	10
2. 認定者数と認定率の推移.....	12
3. 介護給付費の推移.....	13
第2節 高齢者に関する調査の概要.....	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.....	18
第3章 前期計画の評価と本計画の目指す姿.....	20
第1節 前期計画の評価.....	20
第2節 計画の目指す姿.....	22
1. 基本理念.....	22
2. 基本目標.....	24
3. 主要施策の概要.....	25
4. 計画の体系.....	28
各論.....	29
第1章 介護予防・健康づくり・生きがいくくりと地域での支え合いの推進.....	30
第1節 地域における介護予防・健康づくりの推進.....	30
1. 通いの場の拡充に向けた取り組みの推進.....	30
2. 一般介護予防事業の推進.....	30
3. 健幸ポイント事業の推進.....	33
第2節 生きがいくくりの支援と社会参加の促進.....	34
1. 老人クラブ活動の支援.....	34
2. 就労による生きがいくくりへの支援.....	35
3. 生涯学習・生涯スポーツの推進.....	35
4. 敬老事業の実施.....	35
第3節 保健事業と介護予防の一体的実施事業の推進.....	36
1. 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）.....	36
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）.....	37
第2章 認知症の予防・共生と在宅医療・介護連携の推進.....	38
第1節 認知症の予防と共生の推進.....	38
1. 認知症の早期発見・早期診断・早期対応.....	38
2. 認知症地域支援推進員の配置と認知症初期集中支援チームの活動の活性化.....	39
3. 認知症サポーターの養成及び活動の活性化.....	39
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.....	40
5. 認知症カフェの設置に向けた取り組みの推進.....	41
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.....	41
7. 認知症に係る医療・介護の連携強化.....	41
第2節 在宅医療・介護連携の推進.....	42

1. 在宅医療・介護連携推進事業の推進	42
2. 多職種連携体制づくりの推進	44
3. 「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	44
4. 在宅医療・介護連携の普及・啓発	44
第3章 安心して暮らせる環境基盤の整備	46
第1節 安全・安心な暮らしを支えるむらづくり	46
1. 安心して暮らせる住まいの確保	46
2. 高齢者の移動手段の確保	47
3. 消費者保護・防犯体制の推進	48
4. 防災体制の充実、災害時避難対策の強化	48
5. 感染症対策の強化	48
6. 高齢者の見守り支援体制の強化	49
第2節 成年後見制度の利用促進と高齢者虐待防止の取り組みの推進	50
1. 成年後見制度の利用促進に向けた取り組みの推進	50
2. 高齢者虐待防止の取り組みの推進	54
第3節 地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進	56
第4節 地域における支え合いの推進	58
1. 地域福祉ネットワークの構築	58
2. 生活支援体制整備事業の推進	58
3. その他の生活支援サービスの充実	59
第4章 地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保と介護サービスの質の向上	60
第1節 地域包括支援センターの機能強化	60
1. 地域包括支援センターの体制整備	60
2. 地域ケア会議の充実	61
3. 包括的支援事業・任意事業の推進	63
第2節 介護給付の適正化に向けた取り組みの推進	65
1. 介護認定の適正化（適正化主要3事業①）	65
2. ケアプラン等の点検（適正化主要3事業②）	66
3. 医療情報との突合・縦覧点検（適正化主要3事業③）	67
第3節 介護人材の確保と介護サービスの質の向上に向けた取り組みの推進	68
1. 多様な介護人材の確保・定着に向けた取り組みの推進	68
2. 介護サービスの質の確保・向上に向けた取り組みの推進	68
3. 介護サービスの充実	69
4. 情報提供体制の充実	69
5. 事業者の適切な指定、指導・監査の実施	69
第5章 介護保険事業量等の見込みと介護保険料の算出	70
第1節 見込みの算出に係る基礎データ	70
1. 認定者数の予測	70
2. 必要利用定員総数の設定	71
第2節 介護給付費等対象サービスの見込み	72
1. 在宅サービス	72
2. 地域密着型サービス	79
3. 施設サービス	81
第3節 介護保険料の算出	83
1. 第1号被保険者の負担割合	83
2. 総事業費の見込み	84
3. 第1号被保険者の介護保険料基準額の算出	87
4. 所得段階に応じた保険料額の設定	88
5. 介護保険事業量等の今後の予測	89
資料編	91
○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	92
○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	94
○用語集	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

介護保険制度は、平成12年（2000年）に創設されてから24年が経過し、予防・介護・医療・住まい・生活支援を一体的に進める地域包括ケアシステムの構築を通して、高齢者の生活になくはないものとして定着してきました。

また、本計画期間中の令和7年（2025年）には団塊の世代が75歳以上となり、全国的にも高齢者人口のピークを迎える令和22年（2040年）には85歳以上の人口の割合が上昇するとともに、15歳から64歳までの生産年齢人口は急減することが見込まれており、介護サービス需要の更なる増加・多様化に対する対応が求められています。

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。

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を踏まえて、地域の実情に合ったサービス基盤・人的基盤を整備するために、地域全体で支え合う「自助・互助・共助・公助」の広がりを意識した仕組みづくりとして、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4期目の計画として、『五木村高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画』を策定しました。

【介護保険制度の経過】

第1期 制度開始	平成12年度～平成14年度 全国平均 2,911円
-----------------	------------------------------

- 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
-----------------	------------------------------

- 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
-----------------	------------------------------

- 「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
---------------------------	------------------------------

- 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
--------------------------	------------------------------

- 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
-----------------------------	------------------------------

- 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
------------------------------	-----------------------------

- 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
-----------------------------	----------------------------

- 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

【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た。

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。
- 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 国の基本指針等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

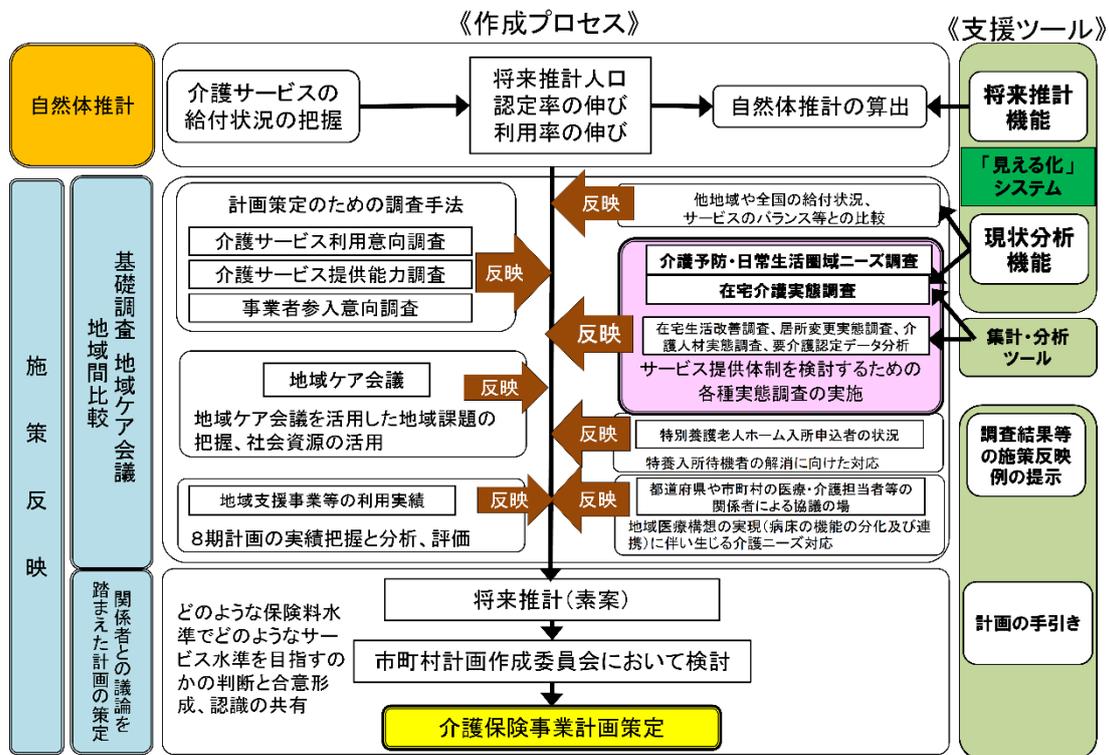
2. 計画策定に向けた地域特性の把握

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て、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組を進めることが必要となります。

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等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、2025年までに達成すべき地域包括ケア構築の姿と目指す目標、さらに2040年に向けた本村の状況を見据えた地域包括ケアのあり方について検討を行います。

【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「厚生労働省 資料1 第9期介護保険事業（支援）計画の作成準備について」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

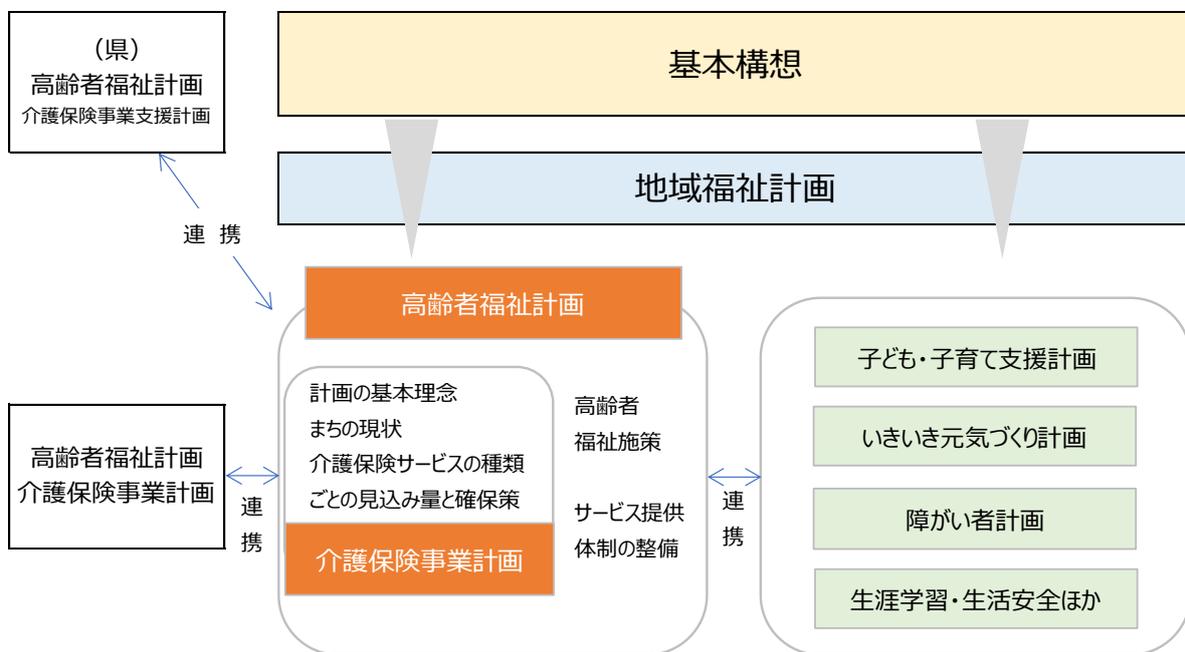
(1) 計画の法的根拠について

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「五木村高齢者福祉計画及び第8期介護保険事業計画」の見直しを行ったものとなります。

(2) 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8期介護保険事業計画（令和3年度～令和5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。

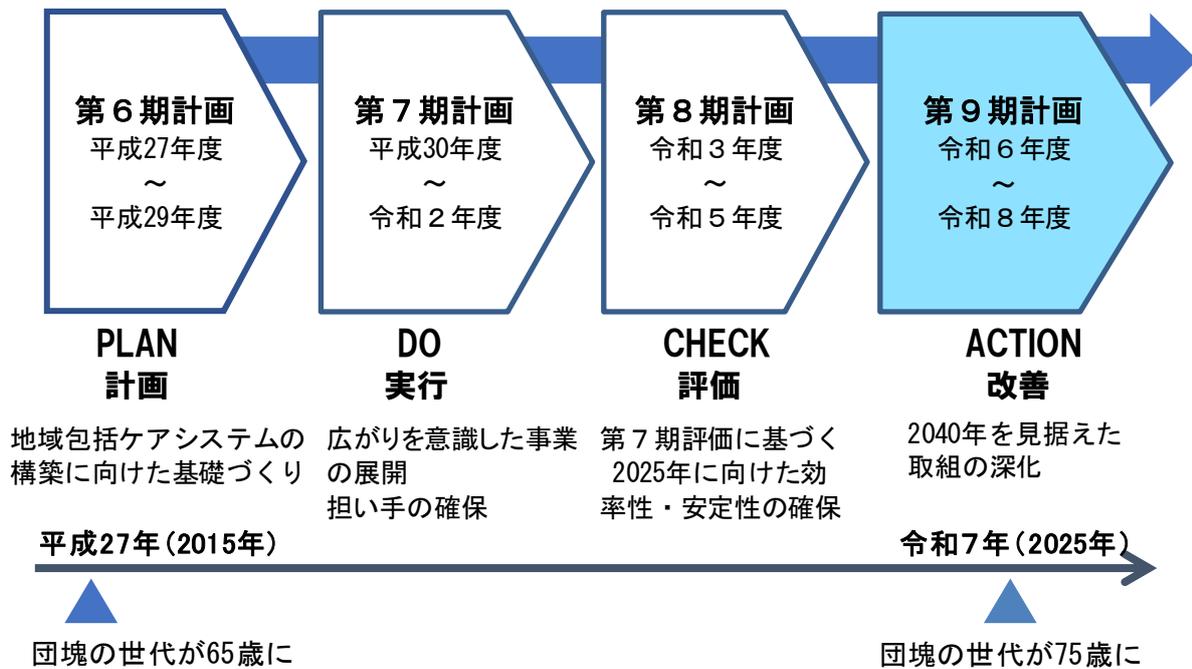
本村の行政計画における位置づけとしては、「五木村基本構想」をはじめ、保健福祉関連計画等、他の計画と調和のとれた計画とします。



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に第8期計画期間までに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・日常生活圏域ニーズ調査

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9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。

第2章 高齢者を取り巻く現状と課題

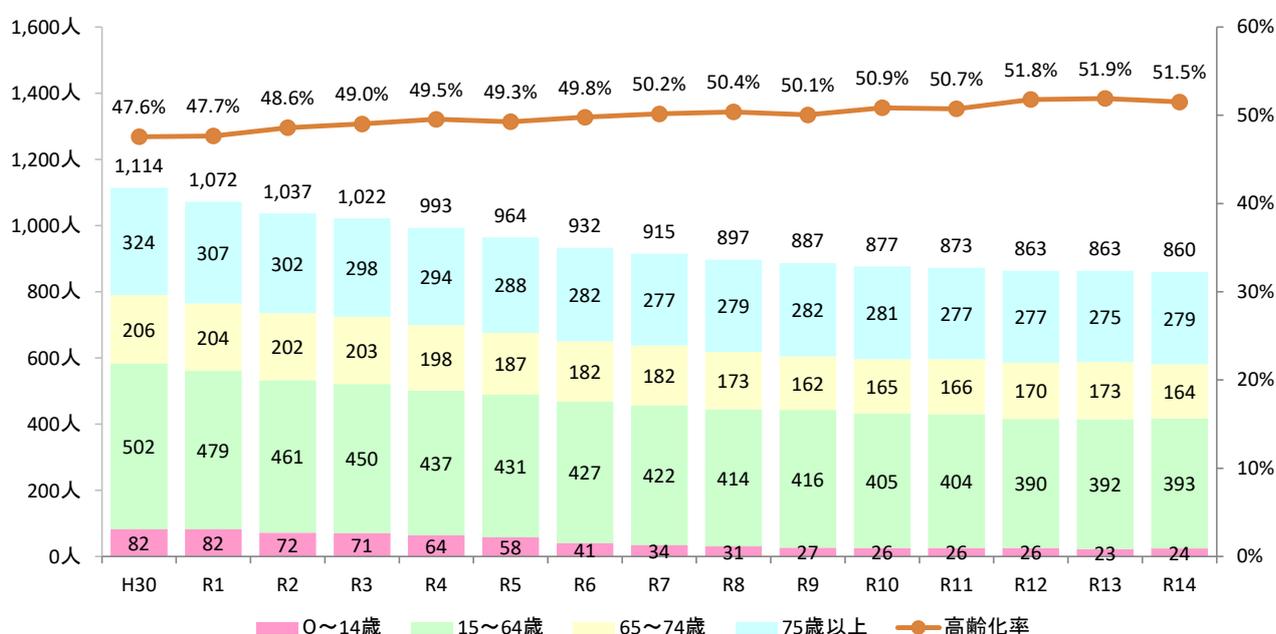
第1節 人口と高齢者の状況

1. 人口の推移と予測

本村の人口は、平成30年の1,114人から令和4年には993人となり、121人の減少となっています。高齢者（65歳以上）人口も年々減少を続けていますが、総人口の減少により高齢化率は今後も緩やかに上昇していく予測になっています。

総人口・高齢者人口がともに減少する中、後期高齢者（75歳以上）人口はほぼ横ばいに推移していく見込みであることから、介護ニーズが高まる年代の高齢者を支える取り組みが、今後さらに重要になると考えられます。

【総人口と高齢化率の推移】



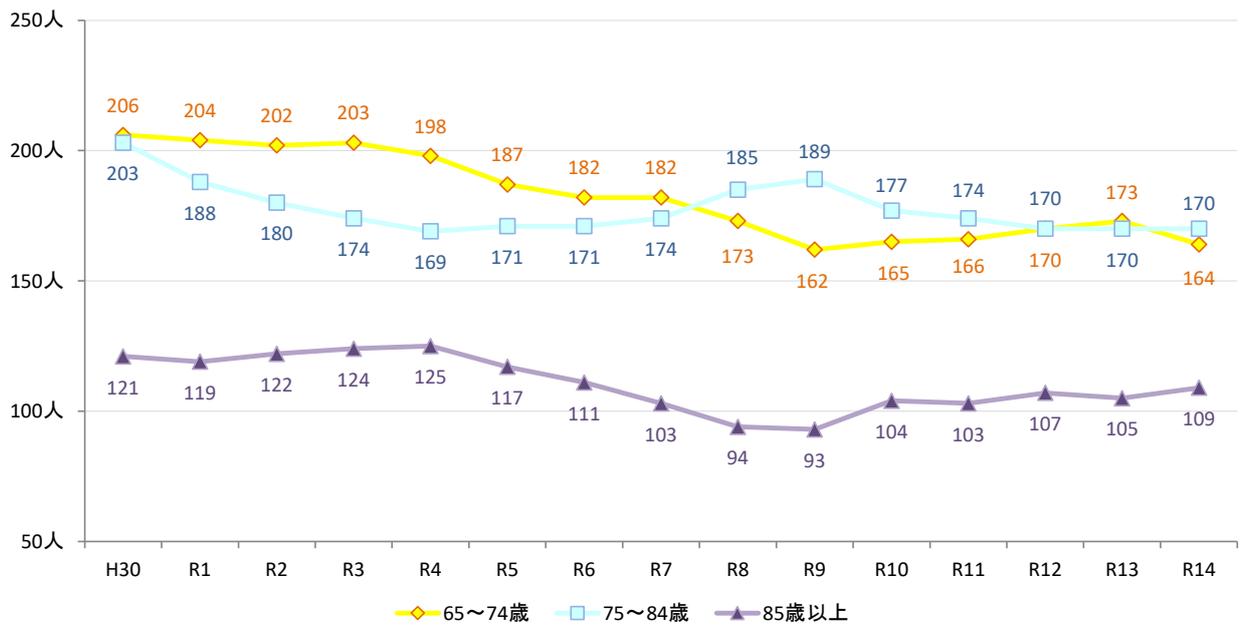
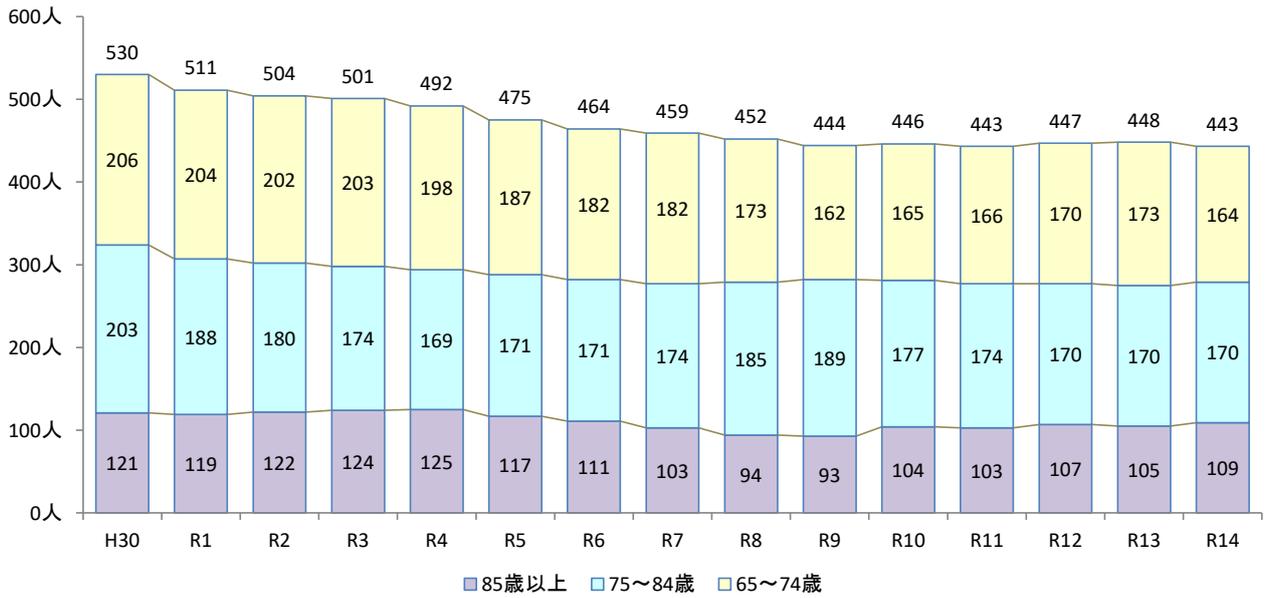
※平成30年～令和4年：各年10月住民基本台帳、令和5年～：コーホート変化率法による推計

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】

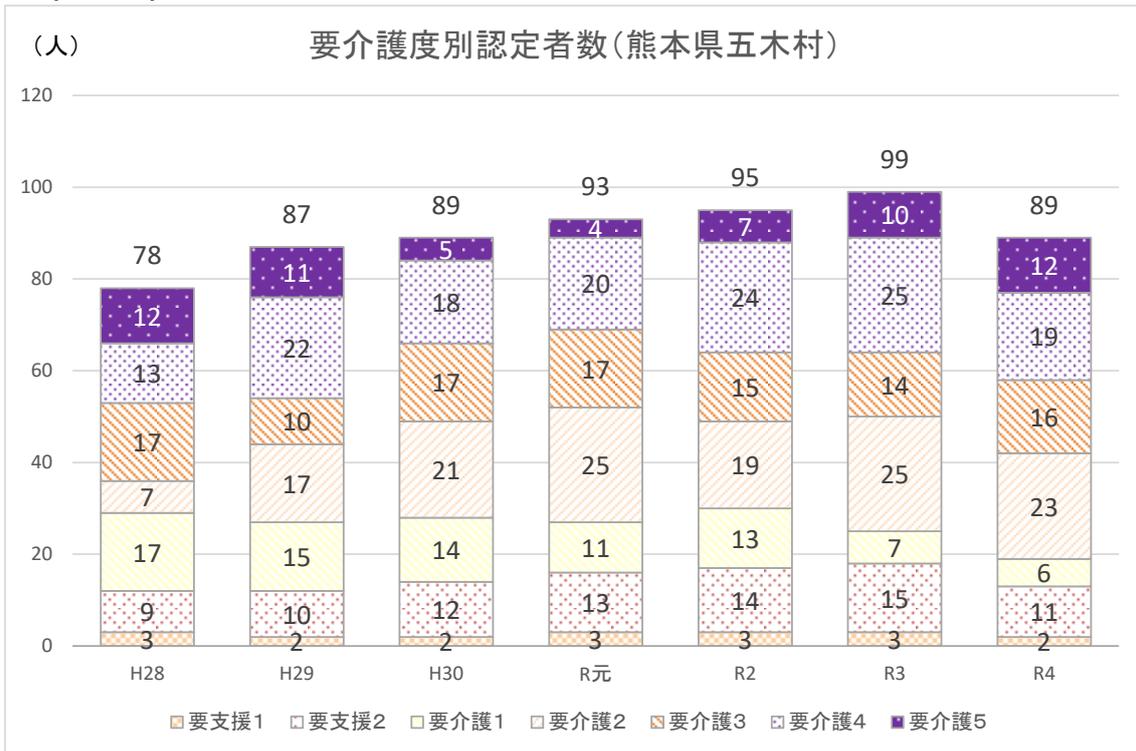


2. 認定者数と認定率の推移

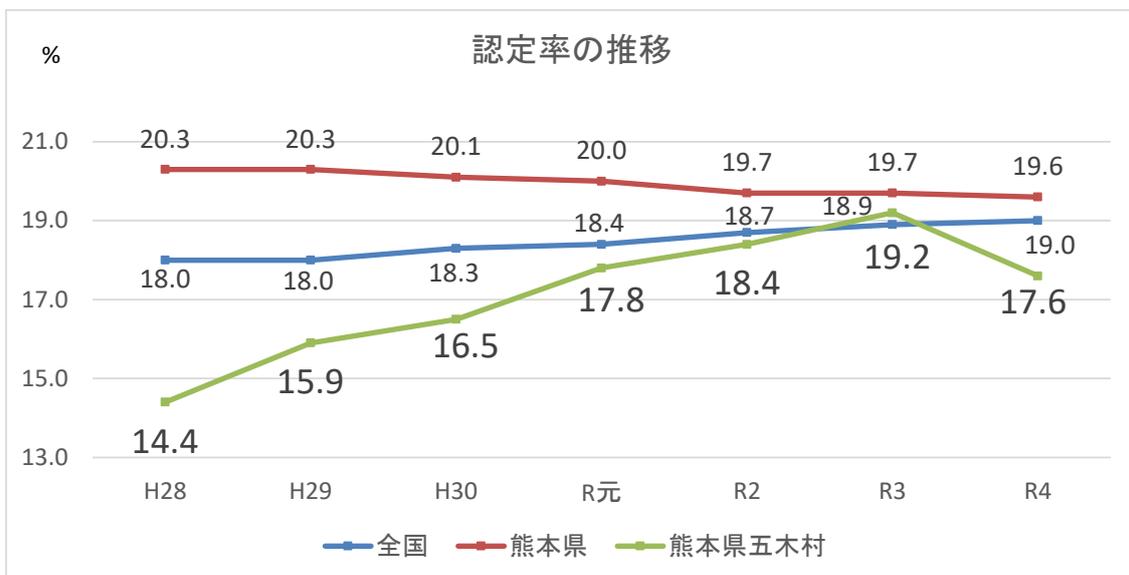
要介護（要支援）認定者数は、平成 28 年の 78 人から毎年増加で推移し、令和 3 年には 99 人となっていました。令和 4 年は減少がみられています。

要介護（要支援）認定率も、平成 28 年は 14.4%と国・県と比較しても低い割合でしたが、それ以降は上昇が続き、令和 3 年には 19.2%で国・県と同程度の割合となっています。

【要介護（要支援）認定者数の推移】



【要介護（要支援）認定率の推移と国・県比較】

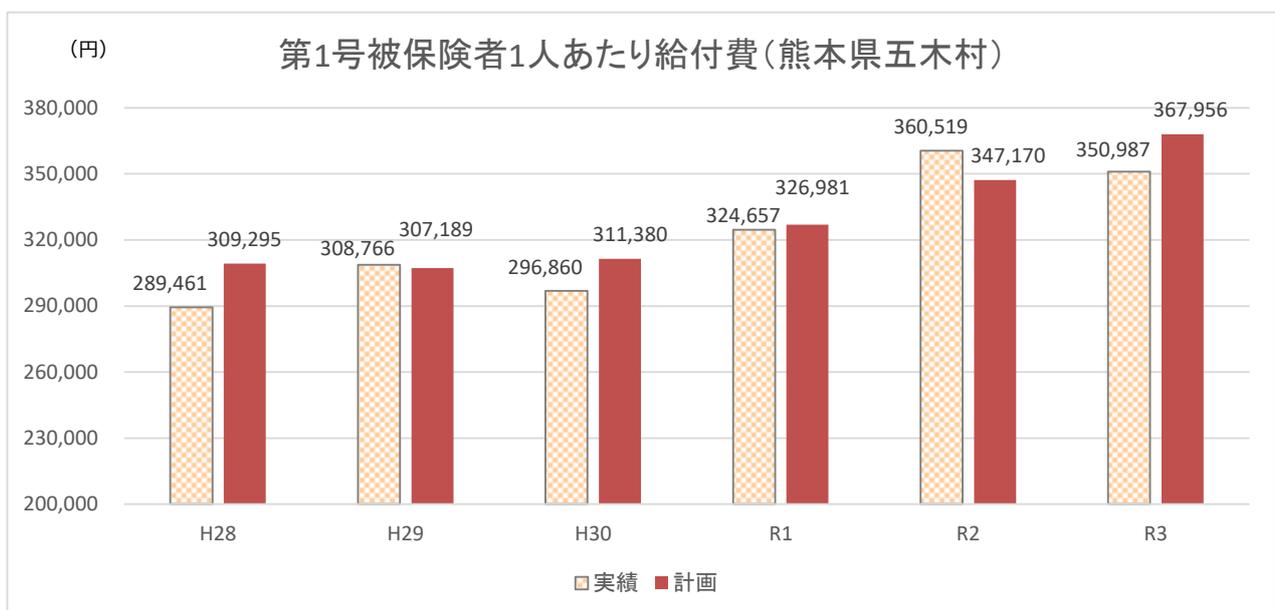
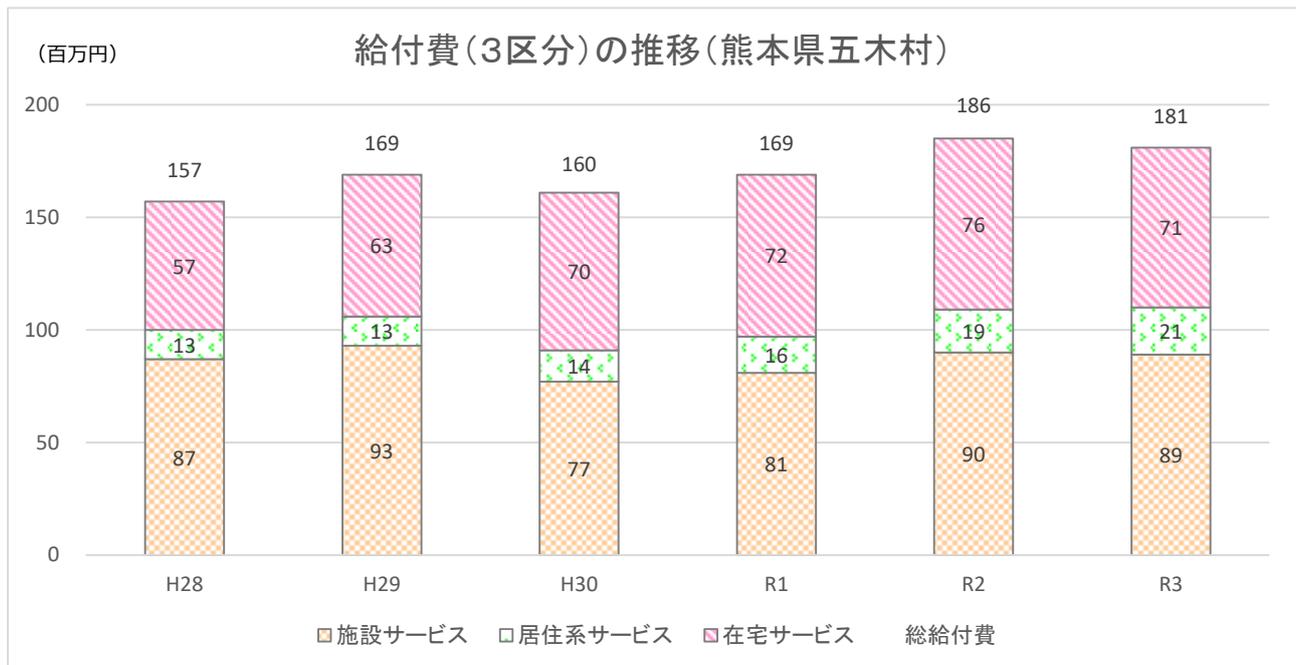


地域包括ケア「見える化」システム

3. 介護給付費の推移

総給付費は、平成 28 年度の約 1.6 億円から令和 3 年度は約 1.8 億円と増加傾向で推移しています。サービス区別にみると、施設サービスは年度ごとに増減はあるもののほぼ横ばいで推移しているのに対して、在宅サービスと居住系サービスでは増加がみられています。

第 1 号被保険者 1 人あたり給付費の実績値の推移も総給付費と同様に増加の傾向となっており、実績値と計画値の比較をみると、令和 2 年度などで実績値が計画値以上となっています。



地域包括ケア「見える化」システム

第2節 高齢者に関する調査の概要

1. 介護予防・日常生活圏域二一ズ調査

(1) 調査の概要

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。

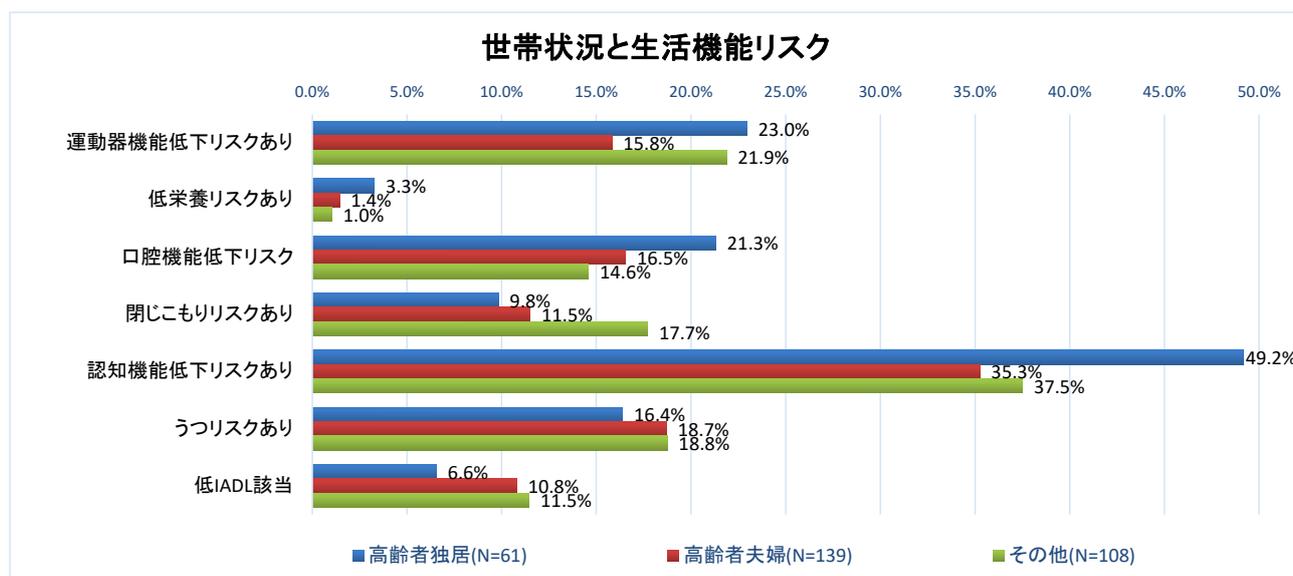
	介護予防・日常生活圏域二一ズ調査
配布・回収方法	郵送による配布・回収
調査対象者	65歳以上の要介護認定を受けていない方 総合事業対象者 要支援1・2認定者
配布数	416件（前回調査：506件）
有効回答数／有効回答率	308件／74.0%（前回調査：368件／72.7%）

(2) 調査結果の概要

① 調査結果のクロス集計による分析

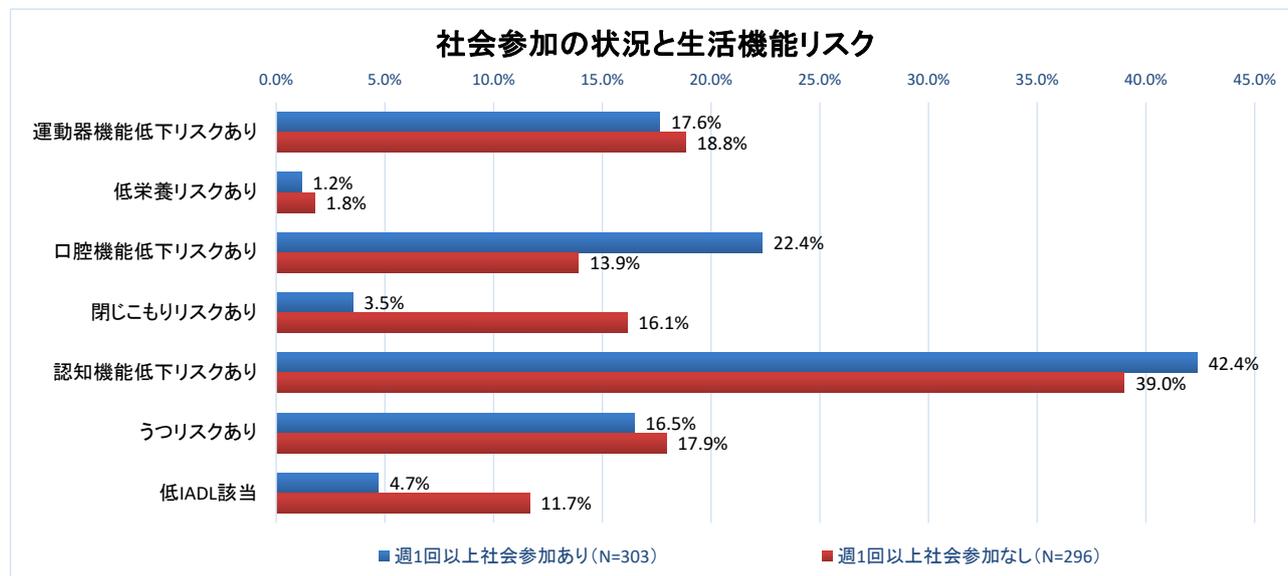
ア. 世帯状況と生活機能リスクの該当状況

独居の高齢者は、それ以外の世帯の高齢者と比較して、運動器機能低下リスク、低栄養リスク、口腔機能低下リスク、認知機能低下リスク該当の割合が高くなっています。



イ. 社会参加の状況と生活機能リスクの該当状況

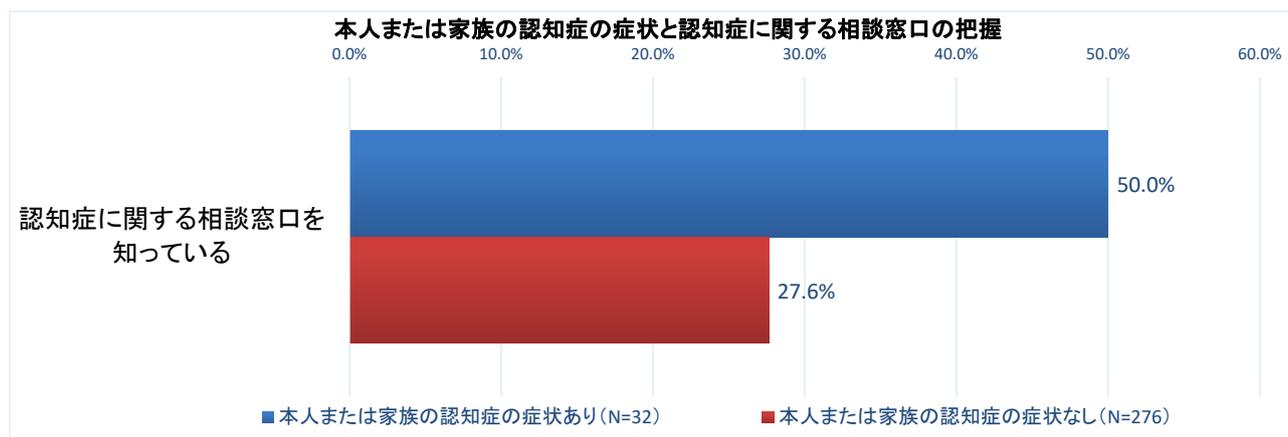
週1回以上の社会参加がない高齢者は、週1回以上の社会参加がある高齢者と比較して、運動機能低下リスク、低栄養リスク、閉じこもりリスク、うつリスク、低IADL[※]該当の割合が高くなっています。



※ I A D L : 「手段的日常生活動作」と呼ばれ、判断力を伴う日常生活を送る上での動作のことを指す。低下すると認知症などの病気を併発してしまう恐れがある。

ウ. 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

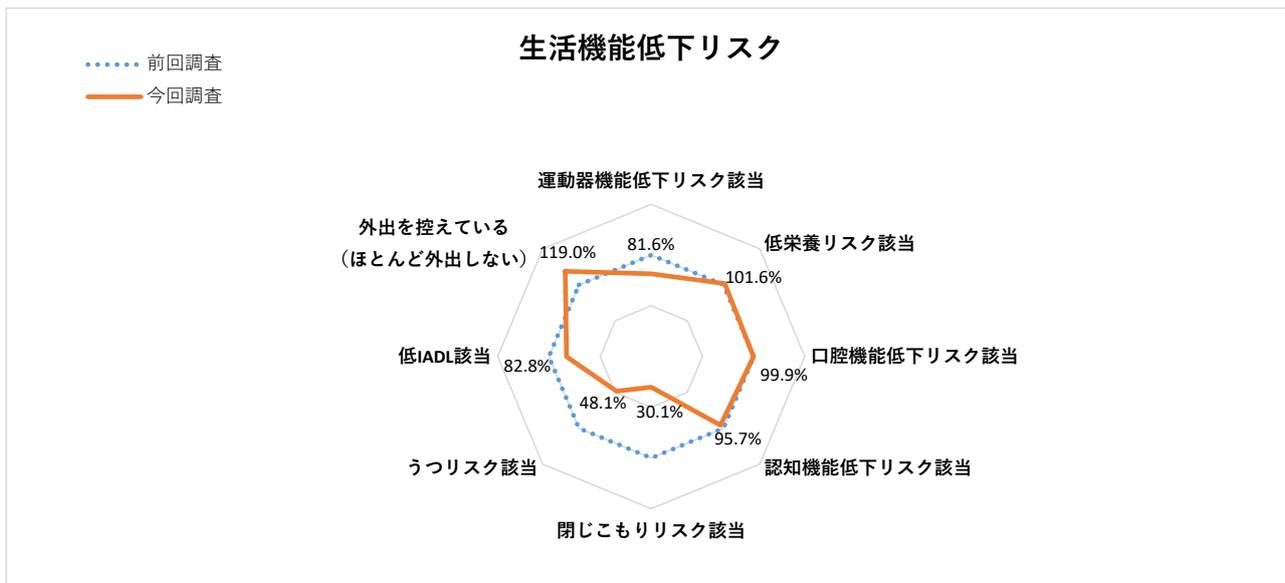
本人または家族に認知症の症状がない高齢者の認知症に関する相談窓口の認知度は 27.6%で、本人または家族に認知症の症状がある高齢者と比較して低い認知度になっています。



②調査結果の経年比較による分析

ア. 生活機能低下リスク等の該当状況

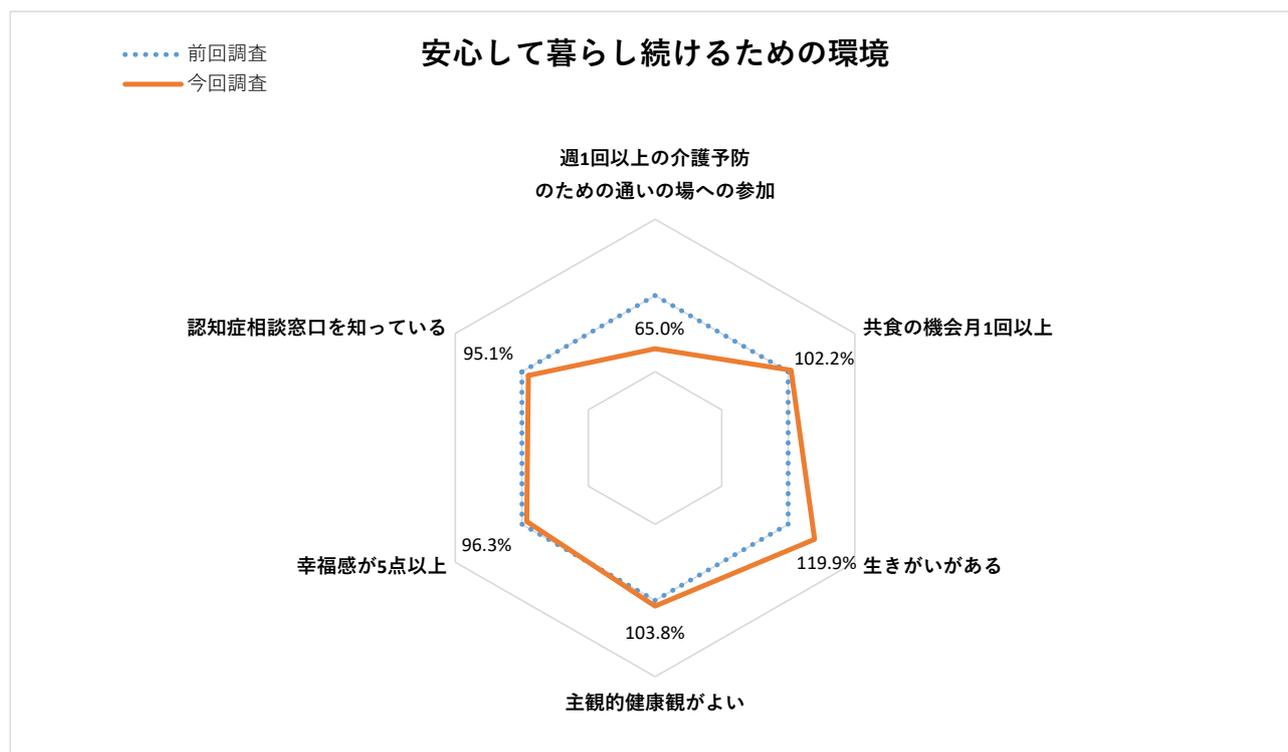
下表の生活機能低下リスクなど8項目の該当状況を前回調査と比較すると、「外出を控えている」(119.0%)の割合が10ポイント以上の増加がみられていますが、「閉じこもりリスク該当」(30.1%)、「うつリスク該当」(48.1%)、「運動機能低下リスク該当」(81.6%)、「低IADL該当」(82.8%)の4項目の割合で10ポイント以上の減少がみられています。



NO	項目	前回調査		今回調査	
		回答数	357	回答数	308
		人数	割合	人数	割合
1	運動器機能低下リスク該当	81	22.7%	57	18.5%
2	低栄養リスク該当	0	0.0%	5	1.6%
3	口腔機能低下リスク該当	58	16.2%	50	16.2%
4	認知機能低下リスク該当	149	41.7%	123	39.9%
5	閉じこもりリスク該当	150	42.0%	39	12.7%
6	うつリスク該当	130	36.4%	54	17.5%
7	低IADL該当	42	11.8%	30	9.7%
8	外出を控えている (ほとんど外出しない)	38	10.6%	39	12.7%

イ. 安心して生活できる環境の指標の該当状況（経年評価）

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できる環境の指標として、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10点満点中5点以上、⑥認知症相談窓口を知っているの6項目の該当状況を前回調査と比較すると、「生きがいがある」（119.9%）の割合が10ポイント以上の増加がみられていますが、「週1回以上の介護予防のための通いの場への参加」（65.0%）は35ポイントの減少となっています。その他の項目は前回調査から大きな増減はみられませんでした。



NO	項目	前回調査		今回調査	
		回答数	357	回答数	308
		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	41	11.5%	23	7.5%
2	共食の機会月1回以上	253	70.9%	223	72.4%
3	生きがいがある	175	49.0%	181	58.8%
4	主観的健康観がよい	248	69.5%	222	72.1%
5	幸福感が5点以上	296	82.9%	246	79.9%
6	認知症相談窓口を知っている	106	29.7%	87	28.2%

2. 在宅介護実態調査

(1) 調査の概要

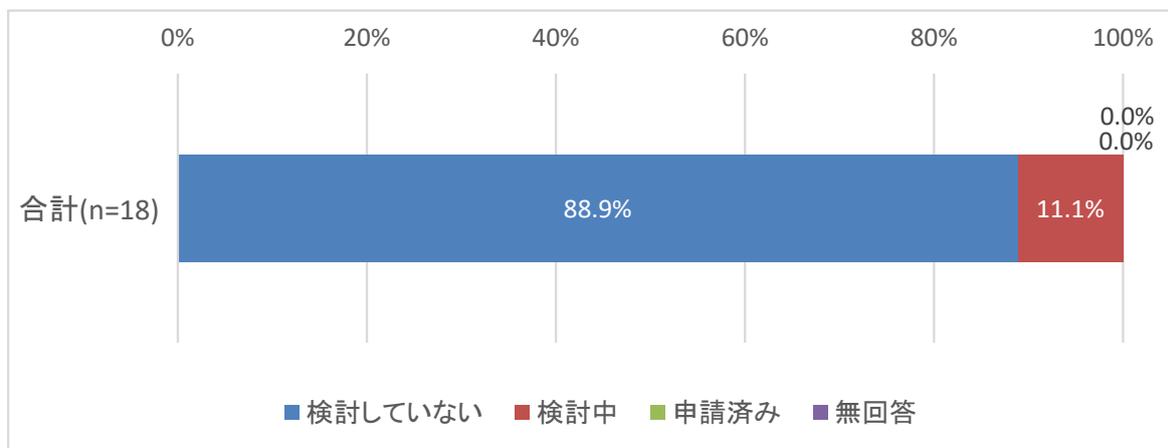
第9期介護保険事業計画において、「介護離職をなくしていくためにはどのようなサービスが必要か」といった観点も盛り込み、「高齢者等の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方の把握方法等を検討する目的で、在宅介護実態調査を実施しました。

在宅介護実態調査	
配布・回収方法	認定調査員による聞き取り
調査対象者	要介護認定者（施設等入所を除く）
回答数	18件

(2) 調査結果の概要

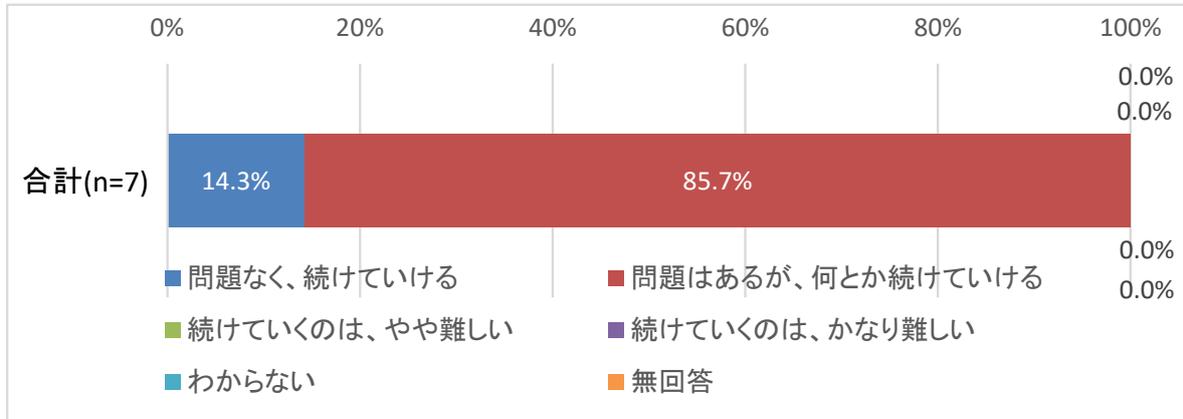
①施設等への入所の検討状況

施設等への入所の検討状況は、「検討していない」が88.9%で最も多く、次いで「検討中」が11.1%となっています。



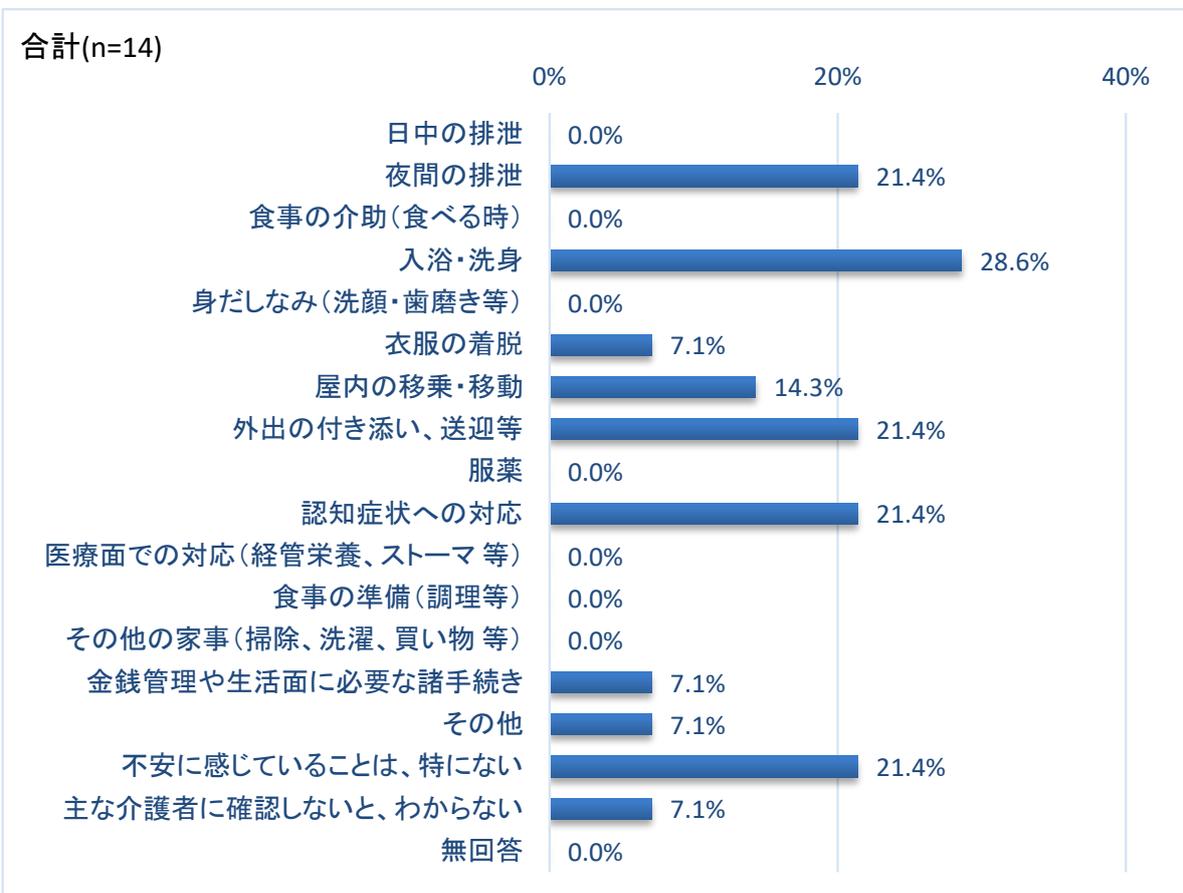
②主な介護者の就労継続についての意識

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」が85.7%で最も多く、次いで「問題なく、続けていける」が14.3%となっています。



③主な介護者が不安に感じる介護

今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じる介護としては、「入浴・洗身」が28.6%で最も多く、次いで「夜間の排泄」、「外出の付き添い、送迎等」、「認知症状への対応」、「不安に感じていることは、特にない」がいずれも21.4%となっています。



第3章 前期計画の評価と本計画の目指す姿

第1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31事業において、「目標値に達した（達成度：A評価）」が7事業（22.6%）、「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18事業（58.1%）、「変わらない（達成度：C評価）」が6事業（19.4%）、「目標値に対して大幅に遅れている（達成度：D評価）」と「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）」は該当事業なしとなっています。

「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25事業（80.6%）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行います。

【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
		A	B	C	D	E	
地域における介護予防・健康づくりの推進	7	0	3	4	0	0	42.9%
生活支援体制整備事業の推進	2	2	0	0	0	0	100.0%
老人クラブ活動や就労による生きがいづくりへの支援	4	0	4	0	0	0	100.0%
認知症関連施策の推進	4	1	3	0	0	0	100.0%
安心して暮らせる住まいの確保、高齢者の見守り支援体制の強化	3	1	0	2	0	0	33.3%
地域ケア会議の充実、包括的支援事業・任意事業の推進	4	1	3	0	0	0	100.0%
介護給付の適正化に向けた取り組みの推進	7	2	5	0	0	0	100.0%
達成度合計 ／割合	31	7	18	6	0	0	25
		22.6%	58.1%	19.4%	0.0%	0.0%	80.6%

【事業別評価】

NO.	事業名	令和3年度		令和4年度		令和5年度		達成度
		目標値	実績	目標値	実績	目標値	見込み	
地域における介護予防・健康づくりの推進								
1	げんぞう会延べ参加者数（人）	1,100	711	1,100	648	1,100	700	B
2	脳いきいき教室延べ参加者数（人）	680	450	680	633	680	680	B
3	百歳体操毎週開催地区数（地区）	4	4	5	4	5	4	B
4	シルバーヘルパー養成講座開催数（回）	1	0	1	0	1	0	C
5	シルバーヘルパー養成講座養成人数（人）	1	0	1	0	1	0	C
6	介護予防サポーター養成講座開催数（回）	1	0	1	0	1	0	C
7	介護予防サポーター養成講座養成人数（人）	3	0	3	0	3	0	C
生活支援体制整備事業の推進								
8	生活支援コーディネーター設置数（人）	1	1	1	1	1	1	A
9	協議体の開催数（回）	1	1	1	1	1	1	A
老人クラブ活動や就労による生きがいづくりへの支援								
10	老人クラブ数（箇所）	4	4	4	4	4	3	B
11	〃会員数（人）	145	140	150	133	155	95	B
12	シルバー人材センター登録人数（人）	32	24	34	25	36	36	B
13	シルバー人材センター受注件数（件）	95	100	100	99	105	105	B
認知症関連施策の推進								
14	認知症地域支援推進員設置数（人）	1	1	1	1	1	1	A
15	認知症初期集中支援チーム対応件数（件）	5	1	5	0	5	5	B
16	認知症カフェ設置数（箇所）	1	1	1	1	1	1	B
17	成年後見制度村長申し立て件数（件）	1	0	1	0	1	2	B
安心して暮らせる住まいの確保、高齢者の見守り支援体制の強化								
18	自立高齢者住宅リフォーム助成事業利用件数（件）	3	0	3	3	3	3	A
19	たっしゅかボタン設置世帯数（世帯）	10	5	10	5	10	5	C
20	緊急通報装置設置世帯数（世帯）	11	10	11	9	11	9	C
地域ケア会議の充実、包括的支援事業・任意事業の推進								
21	地域ケア会議開催回数（回）	12	9	12	12	12	12	A
22	地域ケア会議事例検討数（件）	5	7	5	10	5	5	B
23	総合相談件数（件）	30	27	31	21	32	30	B
24	家族介護用品支給事業利用人数（人）	1	2	1	3	1	1	B
介護給付の適正化に向けた取り組みの推進								
25	介護認定調査の点検率（％）	100	100	100	100	100	100	B
26	介護認定調査員研修会参加回数（回）	1	1	1	1	1	1	B
27	ケアプランの点検率（％）	5	2	5	2	5	2	B
28	住宅改修の施工前点検率（％）	100	100	100	100	100	100	A
29	縦覧点検の年間実施回数（回）	2	1	2	1	2	1	B
30	医療情報との突合の年間実施回数（回）	2	1	2	1	2	1	B
31	介護給付費通知率（％）	100	100	100	100	100	100	A

第2節 計画の目指す姿

1. 基本理念

本村では、「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。

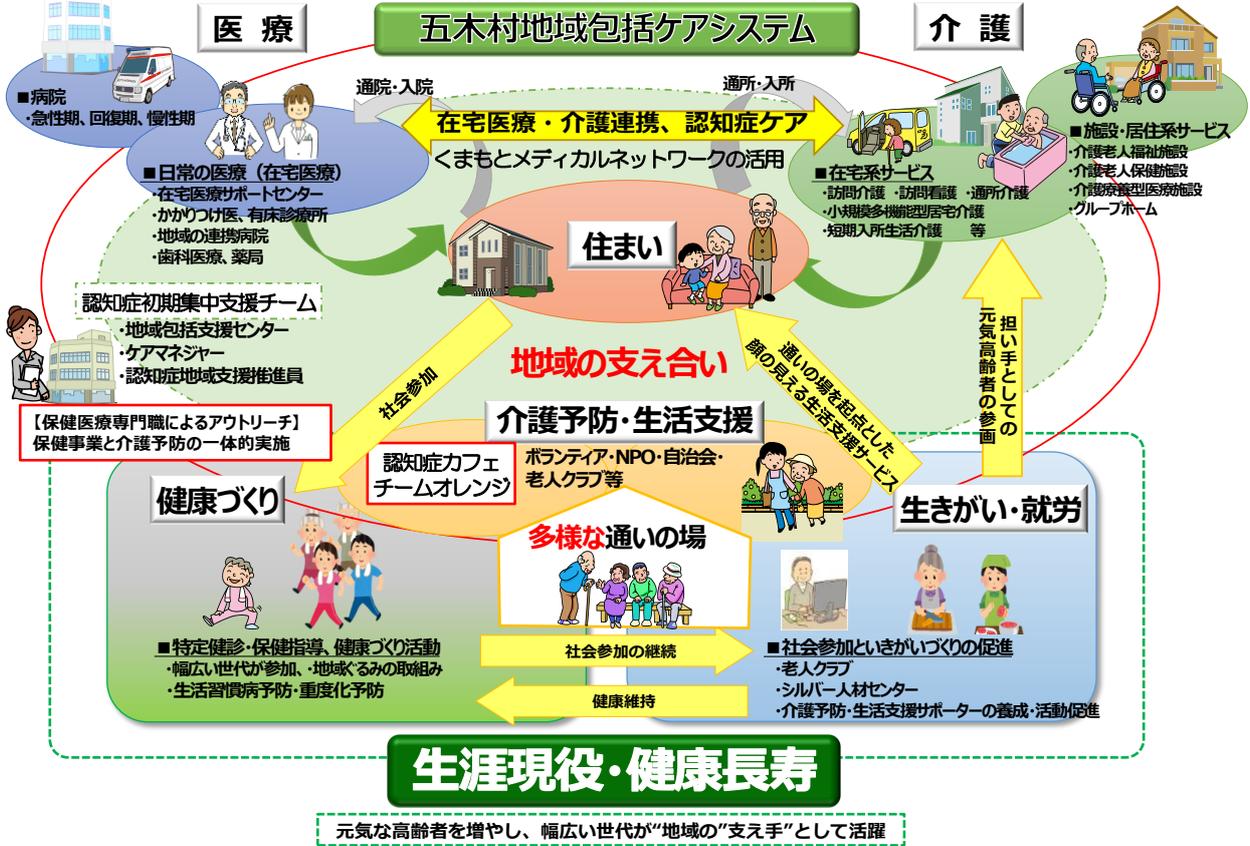
また、「五木村高齢者福祉計画及び第8期介護保険事業計画」（前期計画）においては、国が示す地域包括ケアシステムの構築をはじめとする目標の達成に向けて、本村の実情に合った施策の展開及び介護サービス等の拡充を図ってきました。

本計画においても、前期計画から引き続き「いつまでも地域と共に自分らしく生きられる村」を基本理念に掲げてその実現を目指すとともに、これまでの取り組みを継承しながら、地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となる地域包括ケアシステムのさらなる深化と推進を図ります。

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

**【五木村地域包括ケアシステムが目指す姿】
いつまでも地域と共に自分らしく生きられる村**



高齢者の尊厳の保持と自立した生活の支援という目的のもと、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各施策を推進していきます。

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。

2. 基本目標

本計画では、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4つの基本目標を設定して、地域の関係機関との連携により目標の達成を目指します。

基本目標 1 **介護予防・健康づくり・生きがいづくりの推進**

基本目標 2 **認知症の予防・共生と在宅医療・介護連携の推進**

基本目標 3 **安心して暮らせる環境基盤の整備**

基本目標 4 **地域包括ケアシステムを支える
介護人材の確保と介護サービスの質の向上**

3. 主要施策の概要

基本目標 1 介護予防・健康づくり・生きがいつくりの推進

【主要施策】

※★は特に重点的に取り組む施策

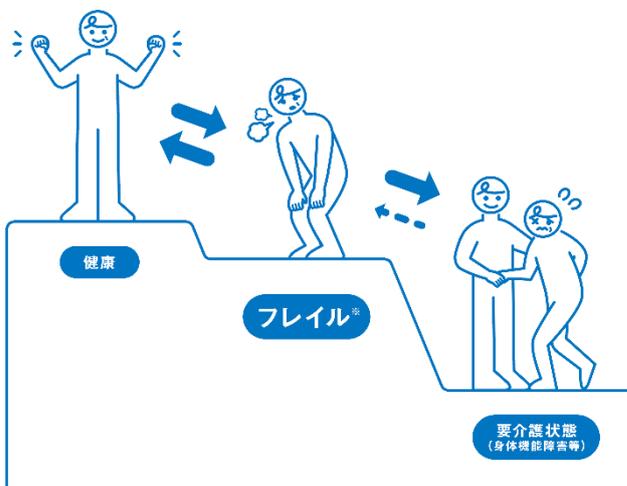
- ★①地域における介護予防・健康づくりの推進
- ②生きがいつくりの支援と社会参加の促進
- ③保健事業と介護予防の一体的実施事業の推進

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、本計画においても、これまでの取り組みを継続しながら高齢者の主体的な介護予防の取り組みを支援し、地域の身近な場所で、より多くの住民主体の通いの場が立ち上がるよう取り組みを推進します。

老人クラブやシルバー人材センターの活動の支援に引き続き取り組み、高齢者が就労やささまざまな活動を通じて生きがいを持った生活がおくれるよう、社会参加の促進を図ります。令和3年度より事業開始となった保健事業と介護予防の一体的実施事業では、高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）において、本村の保健事業の課題となっている疾病の予防や重症化予防に取り組むとともに、通いの場等への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）において、高齢者のフレイル予防につながる普及啓発と、フレイルのリスクがある高齢者を早期に発見し、必要な支援につなぐ仕組みづくりに取り組みます。

フレイルとは・・・

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



フレイルはそのまま放置すると、要介護状態になる可能性があります。大事なことは、早めに気づいて、適切な取り組みを行うことです。そうすれば、フレイルの進行を防ぎ、健康に戻ることができます。

厚生労働省資料より

基本目標 2 認知症の予防・共生と在宅医療・介護連携の推進

【主要施策】

※★は特に重点的に取り組む施策

★①認知症の予防と共生の推進

②在宅医療・介護連携の推進

令和5年に成立した認知症基本法の方針に基づき、認知症の予防を推進するとともに、認知症の発症により、生活上の困難が生じた場合でも、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。

また、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めます。

基本目標 3 安心して暮らせる環境基盤の整備

【主要施策】

①安全・安心な暮らしを支えるむらづくり

②成年後見制度の利用促進と高齢者虐待防止の取り組みの推進

③地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進

④地域における支え合いの推進

高齢者の安全・安心な暮らしを支える住まいや移動手段の確保、消費者保護や防犯体制の推進のほか、全国的に近年増加している災害への対策や感染症への対策の強化に取り組めます。

成年後見制度の利用促進に向けた取り組みから、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支援するとともに、高齢者虐待防止の取り組みを推進します。

高齢者や障がい者、子ども、生活困窮者などが、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、引き続き関係部局との検討を進めていきます。

地域福祉ネットワークの構築と高齢者のニーズに合った生活支援サービスの推進に取り組み、地域における支え合いの推進を図ります。

基本目標 4

地域包括ケアシステムを支える 介護人材の確保と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

★②介護給付の適正化に向けた取り組みの推進

③介護人材の確保と介護サービスの質の向上に向けた取り組みの推進

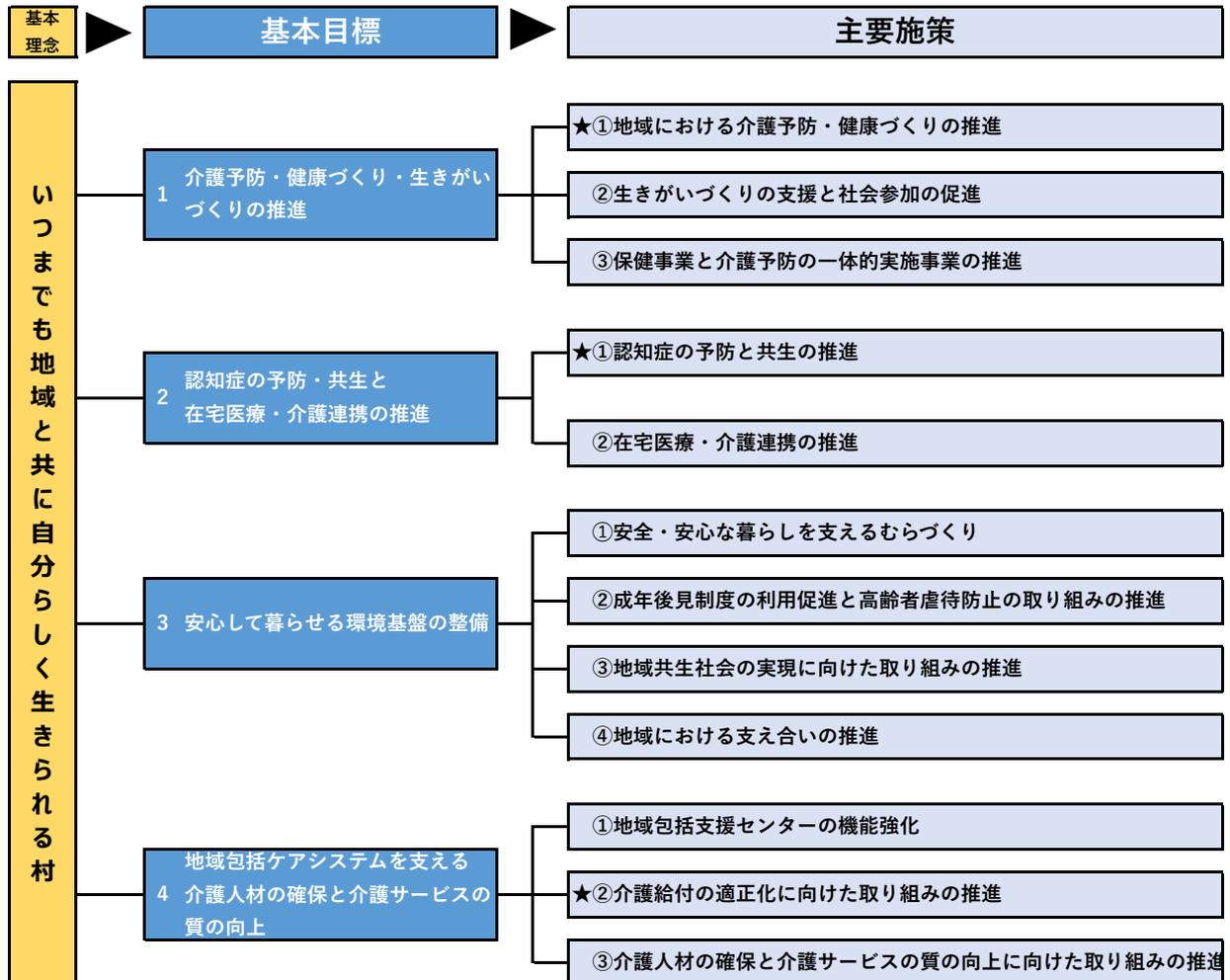
地域包括ケアシステムの深化・推進の中核を担う地域包括支援センターの機能強化を図り、多職種が連携した地域ケア会議の効果的な実施や、高齢者に資する包括的支援事業・任意事業の推進を図ります。

介護給付の適正化については、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事業のすべてにおいて取り組みを推進します。

4. 計画の体系

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、PDCA サイクルにのっとり取り組みを推進していきます。



各論

第1章 介護予防・健康づくり・生きがいつくりと地域での支え合いの推進

第1節 地域における介護予防・健康づくりの推進

1. 通いの場の拡充に向けた取り組みの推進

本村では、筋力アップを目的とした体操を行いながら、楽しく介護予防に取り組める百歳体操を、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。高齢者が主体的に介護予防に取り組み、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れるよう、第8期計画では、毎週開催される通いの場を拡充していくことを重点施策として取り組みましたが、中心となって通いの場を実施していくキーパーソンが不在の地域が多いことや、集落が点在していて通いの場までの交通手段がない高齢者がいることなどの課題もあがっています。

本計画においても、これまでの取り組みを継続しながら高齢者の主体的な介護予防の取り組みを支援し、高齢者の社会参加の促進を図ります。そのために、各地区の区長などに通いの場の必要性についての説明を行っていくほか、移動手段の確保、介護予防や高齢者の生活支援に関する担い手の発掘・育成による確保についての対策を検討し、地域の身近な場所で、より多くの住民主体の通いの場が立ち上がるよう取り組みを推進します。

通いの場の拡充	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
週1回以上の通いの場の 箇所数（箇所）	4	4	3	6	7	8

2. 一般介護予防事業の推進

本村では、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・支援を行うことを目的として、一般介護予防事業を以下の（1）～（5）に分類して展開しています。

（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。

- ア. 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
- イ. 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
- ウ. 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
- エ. 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。

①介護予防教室（げんぞう会）

高齢者の閉じこもりを 방지、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を実施をしています。村内 8 か所にそれぞれ月 2 回巡回し、体操・筋力トレーニングや、保健師による健康相談、講話などを行っています。

②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、認知機能の状況を確認するとともに、必要に応じて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 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
げんぞう会 延べ参加者数 (人)	711	648	700	1,000	1,000	1,000
脳いきいき教室 延べ参加者数 (人)	450	633	680	700	700	700

③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」や通いの場（百歳体操）などの参加者を対象として、体力測定などを行い、個人の経年評価なども実施して、参加者の健康状態の把握に努めています。

(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。

介護予防サポーターの養成

本村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。今後も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
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	3	3	3	3

(4) 一般介護予防評価事業

地域づくりの観点から一般介護予防事業を含めた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、百歳体操の場に保健師が訪問して体力測定などを実施し、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、げんぞう会や百歳体操へリハビリテーション専門職の派遣を行い、運動指導などの支援依頼を実施しています。リハビリテーション専門職の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。

3. 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。

健幸ポイント内訳

対象事業	ポイント数
特定検診受診	3
特定検診+がん検診1つ受診	2
特定検診+がん検診2つ受診	3
特定検診+人間ドック受診	4
特定検診2年継続受診	2
特定検診3年継続受診	3
特定検診4年継続受診	4
特定検診5年以上継続受診	5
特定検診結果説明会に参加	1
特定検診結果説明会時に目標を設定	1
特定検診結果説明会時に立てた目標を達成	3
特定保健指導を受ける (積極的指導または動機付け支援)	1
検診結果の改善	5
健康講話・健康づくり事業(スポーツ大会など)に参加	1
保健福祉課事業説明会に参加(保険証切替時)	1
げんぞう会に年10回以上参加(65才~)	3
脳トレに年間20回以上参加(65才~)	3
食改料理教室に参加(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・トレニング)	※下記参照

※継続ポイント
ポイント取得は、月10ポイント以上達成をした場合に月10ポイント累積できます。
毎月3日以上10ポイント以上が8000ポイント以上で月1ポイントプラスです。

令和5年度
五木村 健幸ポイント
健やかで幸せな暮らしのお手伝い
健康意識を高め、楽しみながら健康づくり活動に参加し、
健幸ポイントを貯めて奨励金をゲットしよう!

氏名 _____

※本券の再発行は出来ませんので、大切に保管してください。

五木村役場 保健福祉課

令和5年度「健幸ポイントカード」

第2節 生きがいつ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。

老人クラブは第8期計画期間に1箇所が解散となり減少していますが、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)	4	4	3	3	3	3
会員数(人)	140	133	95	100	105	110

【老人クラブでの主な取り組み】

生きがいつくり事業

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」「生きがいつくり」の活動を引き続き行っていきます。会員の減少という問題もありますが、今後は高齢者の生きがいつくりとしての活動を充実するとともに、会員の確保を図ります。

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シルバー人材センターへの支援に引き続き取り組み、高齢者の就労による生きがいづくりを推進します。

本村では令和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活動の充実を図っていきます。

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)	24	25	36	40	45	50
受注件数(件)	100	99	105	110	115	120

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。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としたいきいき大学を、中央公民館の主催により年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いきます。

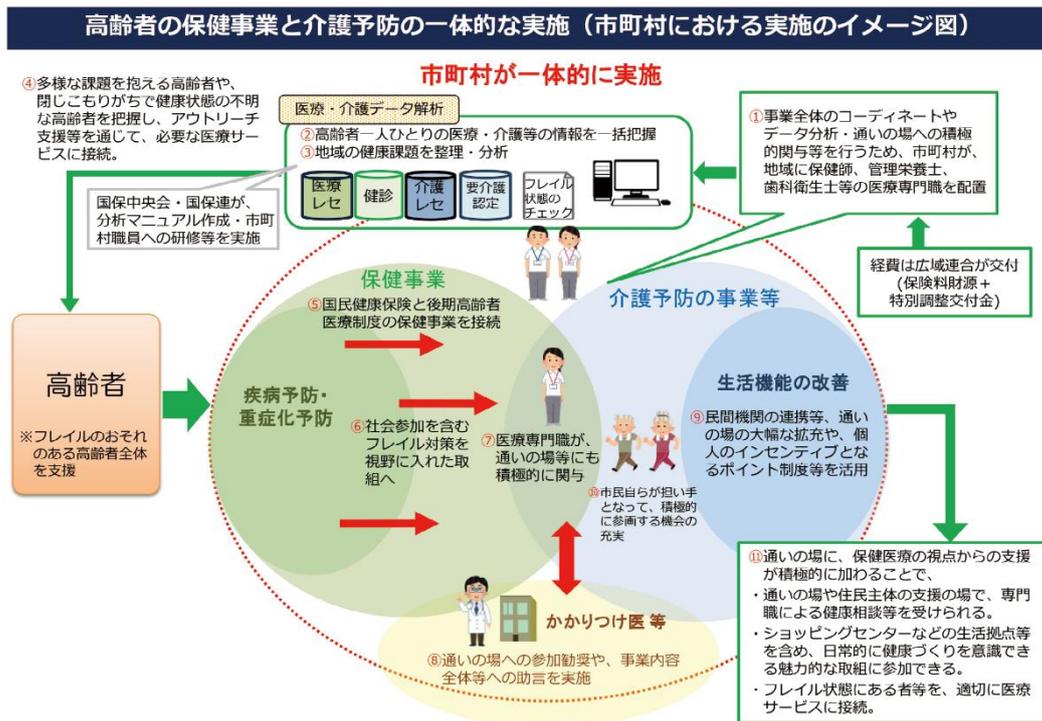
4. 敬老事業の実施

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3節 保健事業と介護予防の一体的実施事業の推進

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歳以上の後期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3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行っています。



厚生労働省資料より

1. 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）

前年度の健康診断受診者から低栄養や糖尿病重症化の可能性のある人を抽出して、保健師による保健指導や、栄養士による食生活の改善に向けた栄養指導などを行い、その中で必要に応じた医療機関への受診勧奨などを行っています。

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）

本村の生活習慣病患者数や、長期入院の主傷病名で多くを占めている「筋・骨格系疾患」の患者数、また入院医療費として年々増加する「骨折」の患者数を減らすことは、医療費や要介護者の増加を防ぐことにつながります。そこで、KDB データを活用して「筋・骨格系疾患」で受診中の方を抽出したり、百歳体操や村内 8 地区で実施している介護予防教室において介護予防生活機能評価基本チェックリストや年 2 回の体力測定、後期高齢者の質問票を用いてフレイル状態の高齢者を把握したりして身体状況や認知機能、栄養状態の評価を行います。その際には保健師や管理栄養士などの専門職が状態に応じた保健指導や生活機能向上のための支援を行いフレイル予防に努めます。

さらに、「高血圧」や「糖尿病」などの生活習慣病については一人ひとりに応じた健診結果説明や保健師や管理栄養士による戸別訪問、介護予防教室の開始前には血圧測定や健康相談の場を設けるなど重症化予防に努めるとともに、必要な対象者には医療機関への受診勧奨や介護サービス利用の検討を行います。また、栄養状態の改善のために介護予防教室の機会を活用し管理栄養士や食生活改善推進協議会による栄養教室を併用して実施し、試食を食べてもらうなどして参加者の低栄養防止と食生活の改善を図ります。

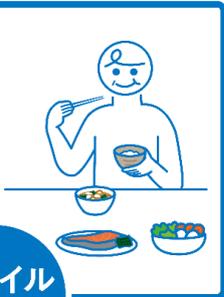
フレイル予防の 3つのポイント

フレイル予防は日々の習慣と結びついています。栄養、身体活動、社会参加を見直すことで活気に満ちた日々を送りましょう。

栄養

食事の改善

食事は活力の源です。バランスのとれた食事を3食しっかりととりましょう。また、お口の健康（口腔ケア）にも気を配りましょう。



身体活動

ウォーキング・ストレッチなど

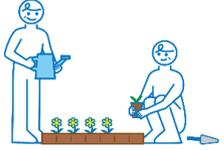
身体活動は筋肉の発達だけでなく食欲や心の健康にも影響します。今より10分多く体を動かしましょう。



社会参加

趣味・ボランティア・就労など

趣味やボランティアなどで外出することはフレイル予防に有効です。自分に合った活動を見つけましょう。



**フレイル
予防**

厚生労働省資料より

第2章 認知症の予防・共生と在宅医療・介護連携の推進

第1節 認知症の予防と共生の推進

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まいります。

1. 認知症の早期発見・早期診断・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、公認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」を定期的実施しており、現在は「物忘れが気になる」など、認知症が疑われる人に向けても相談の対象を広げて実施をしています。

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、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。

2. 認知症地域支援推進員の配置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、認知症の人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、認知症の人本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、認知症の人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
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)	1	0	5	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で開催し、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、現在は中学校での実施が中心となっています(令和6年1月時点累計養成人数594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が、状況に応じて地区での養成講座の開催を検討するとともに、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。

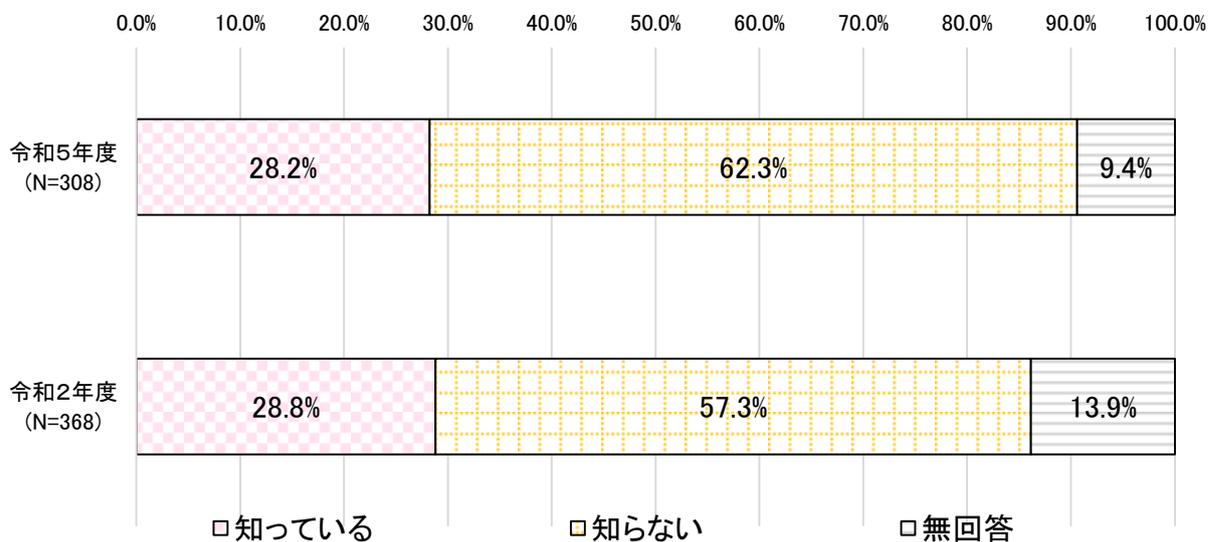
また、養成後の認知症サポーターを村の認知症に関する取り組みに活用する仕組みづくりについても引き続き検討を進め、活動の活性化を図っていきます。

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5年度に実施した「介護予防・日常生活圏域二一ズ調査」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 28.2%と低い割合となっており、前回調査（令和2年度実施）とほぼ変わらない結果となっています。

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をさまざまな機会を通じて行うとともに、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」の内容の見直しを行っています。今後は「認知症ケアパス」の配布から、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・普及啓発を推進し、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・日常生活圏域二一ズ調査	第8期計画 の実績値	第9期計画 の計画値
	R5	R8
認知症相談窓口の認知度 (%)	28.2	35.0

5. 認知症カフェの設置に向けた取り組みの推進

認知症になると、本人の気力の低下など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。また、介護をする側にとっても、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になります。

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、これまで社会福祉協議会との共催で認知症カフェを開催したこともありましたが、参加者が集まらないなどの課題があり、常設や定期的な開催には至っていません。今後は、既存の高齢者の集まりの場を認知症カフェとして位置づけるなど、広い視点で実施方法についての検討を進め、村の規模に合った認知症カフェの設置を目指します。

同時に、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も検討していきます。

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
設置数（箇所）	1	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。

本村では、認知症により行方不明になった人を検索する「模擬訓練」とあわせて、「認知症見守り学習塾」を実施してきましたが、新型コロナウイルスの影響などにより近年は実施が出来ていません。今後は「認知症見守り学習塾」の再開を検討するとともに、認知症サポーター養成講座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を図っていきます。

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。

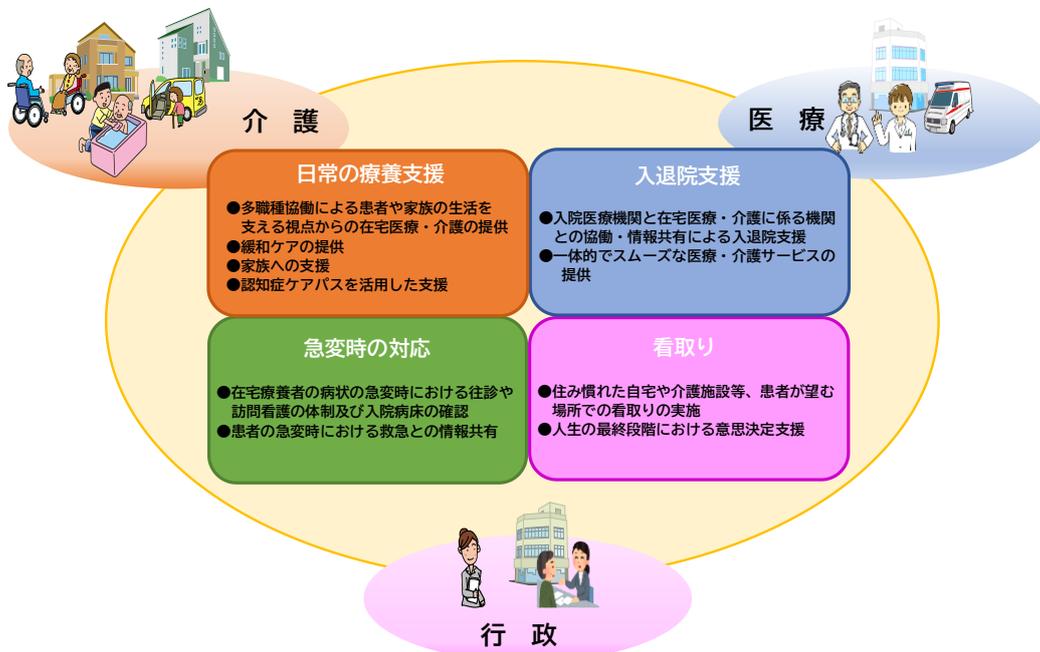
認知症の症状の変化に応じて適切なサービスが提供されるよう、今後も認知症疾患医療センターとの連携を強化し、地域ケア会議での検討事例に応じて認知症疾患医療センターの参画の働きかけや情報提供の依頼を行っています。また、認知症にかかわる関係機関との実務レベルでの意見交換も実施していきます。

第2節 在宅医療・介護連携の推進

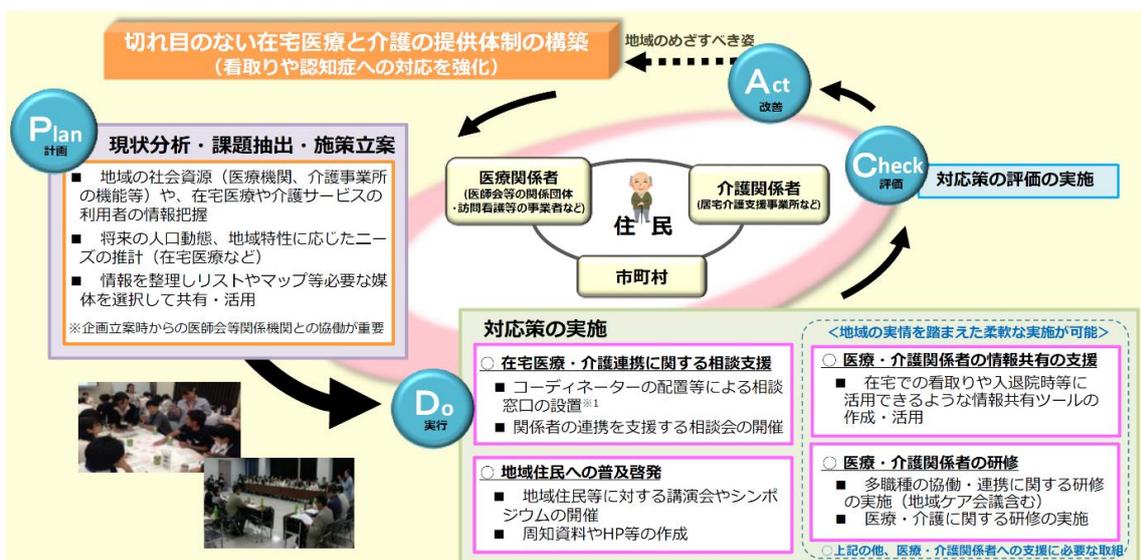
1. 在宅医療・介護連携推進事業の推進

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（上）と在宅医療・介護連携推進事業の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。

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。

3. 「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、介護関係施設がICTを活用することで、災害時などに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、通常どおりの診察・薬の処方を受けられ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」への登録を推進するとともに、「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。

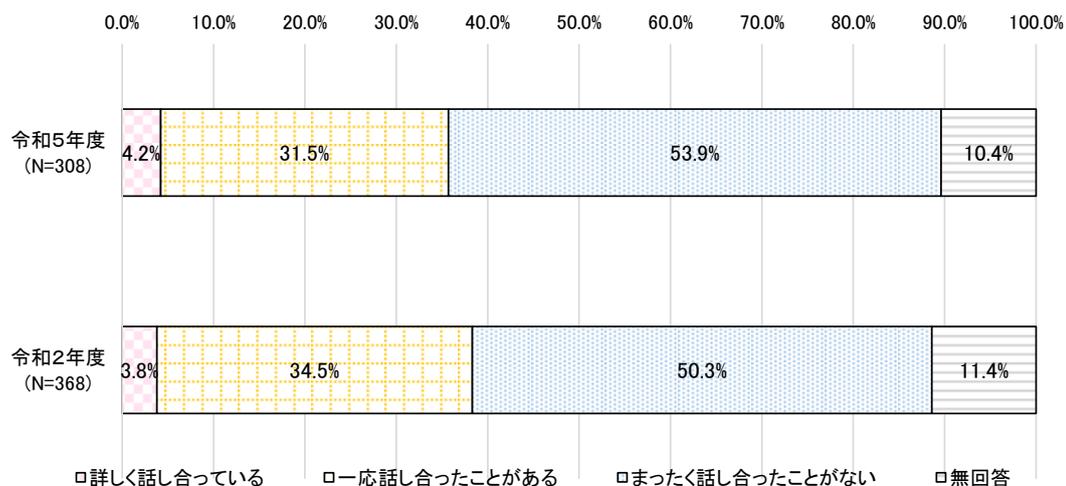
4. 在宅医療・介護連携の普及・啓発

令和5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（詳しく、一応）話し合ったことがある」と答えた方は35.7%、「まったく話し合ったことがない」と答えた方は53.9%という結果でした。また「人生の最期を迎えたい場所」については、「自宅」が42.5%と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。

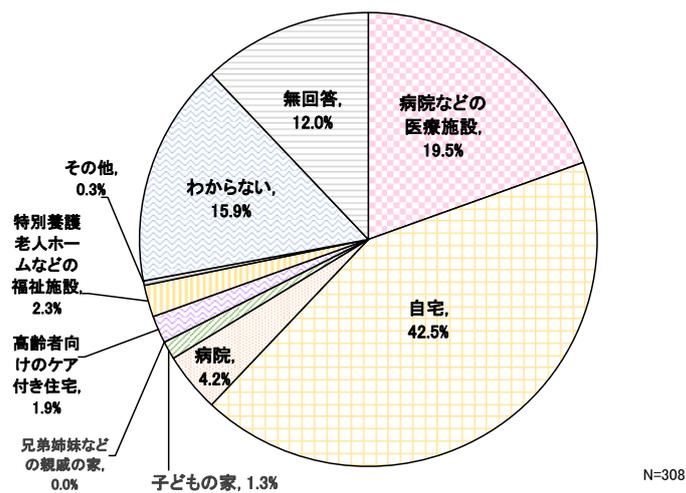
元気なうちから、もしものときのために自分の希望や想いを伝える機会をつくるACP^{*}（アドバンス・ケア・プランニング）の重要性について、球磨圏域在宅医療サポートセンター（人吉医療センター、球磨郡公立多良木病院）と連携しながら、関連する講座や研修、講演会等の実施、広報紙等を活用した周知などによる普及啓発に努め、より多くの村民が人生の最終段階の過ごし方の選択肢を知り、自分がどう過ごしたいかを考える機会が創出されるように努めます。

^{*} ACP（アドバンス・ケア・プランニング）：もしものときに、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。愛称は「人生会議」。

【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】



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
	R5	R8
人生の最期について話し合ったことがある割合	35.7%	45.0%

第3章 安心して暮らせる環境基盤の整備

第1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。

(1) 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。

今後も、広報紙等を活用して制度の周知を行っています。

自立高齢者住宅リフォーム助成事業	第8期計画の実績値	第9期計画の計画値		
	R5 (見込)	R6	R7	R8
利用件数(件)	3	3	3	3

(2) 五木村「住み良い」むらづくり実施計画

「五木村住み良いむらづくり推進協議会」において、住民ニーズの現状把握、建設候補地における建設の可能性の有無や既存施設の活用も視野に入れながら、高齢者向け住宅やグループホームなどの整備検討を行っています。

(3) 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、高齢者の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。

(4) 住宅改造助成事業

在宅の要介護等高齢者、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。

(5) 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、小規模多機能型介護施設「五木の友」や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。

コミュニティバス（スクールバス）の運行
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。
診療所通院タクシー料金助成事業
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。
福祉タクシー料金助成事業
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。
リフト付き福祉車両貸出し事業
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。
電動カート貸出し事業
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。

さらに、避難支援を実効性のあるものとするため、避難行動要支援者台帳管理システムを活用して、避難場所や避難経路等の把握・共有を進め、個別避難計画の充実を図ります。

5. 感染症対策の強化

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。

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。

また、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」などを活用し、引き続き感染状況に応じた注意喚起などを行います。

6. 高齢者の見守り支援体制の強化

(1) 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、要援護高齢者等の訪問を五木村社会福祉協議会と小規模多機能型介護施設「五木の友」に委託して、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。

(2) 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ができません。

「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。

緊急時体制整備事業	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
たっしゃかボタン 設置世帯数 (世帯)	5	5	5	10	10	10
緊急通報装置 設置世帯数 (世帯)	10	9	9	11	11	11

第2節 成年後見制度の利用促進と高齢者虐待防止の取り組みの推進

1. 成年後見制度の利用促進に向けた取り組みの推進

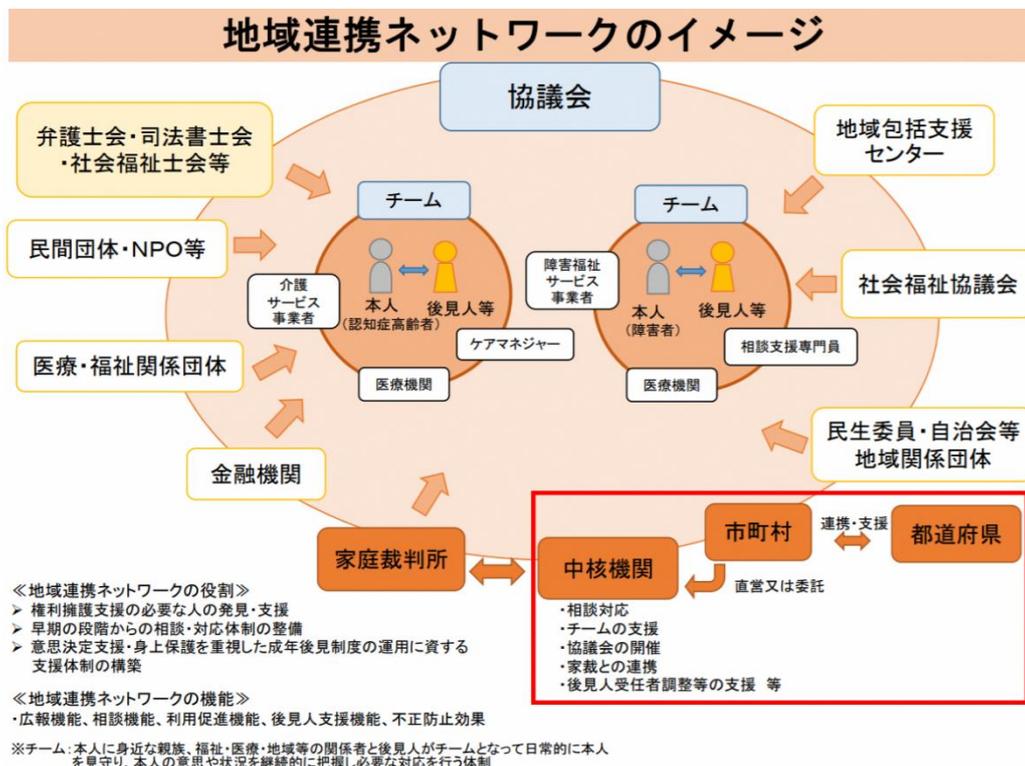
成年後見制度とは、認知症や知的障がい、精神障がいなどによって物事を判断する能力が十分でない方について、成年後見人などの援助者を選任することで、本人の意思を尊重して法律的に支援する制度です。認知症高齢者や独居高齢者の増加に伴い、今後より一層の制度の利用促進を図る必要があります。

本村では、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、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。



(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

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・機関を生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、親族からの申立てが行われるよう支援していきますが、申立てを行える親族がいない場合や、親族がいても申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、速やかに市町村長申立てを行います。

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地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）の充実

五木村社会福祉協議会では、認知症や知的障がいなどにより、日常の生活に不安がある方が地域で安心して生活を送ることができるよう、福祉サービスに関する情報の提供や利用の手続き、生活費の引き出しや通帳・印鑑の保管などに関する相談を受け付け、必要な支援を行っています。

支援にあたっては、五木村社会福祉協議会と利用者が契約を結び、利用者の希望や困っていることを確認しながら、援助や訪問回数などを記入した「支援計画」を作成し、計画に基づいた援助を実施します。

2. 高齢者虐待防止の取り組みの推進

(1) 高齢者の虐待防止に関する啓発の推進

「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。

さらに、高齢者虐待をより多くの方に知っていただくために、パンフレットを作成し、誰もが安心して暮らせる社会に向けて取り組みを進めていきます。

【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。

また、高齢者虐待に関する研修を実施し、行政職員、民生児童委員等の知識と意識を高めるとともに、地域を見守りながら、高齢者虐待の早期発見に努めていきます。

(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。

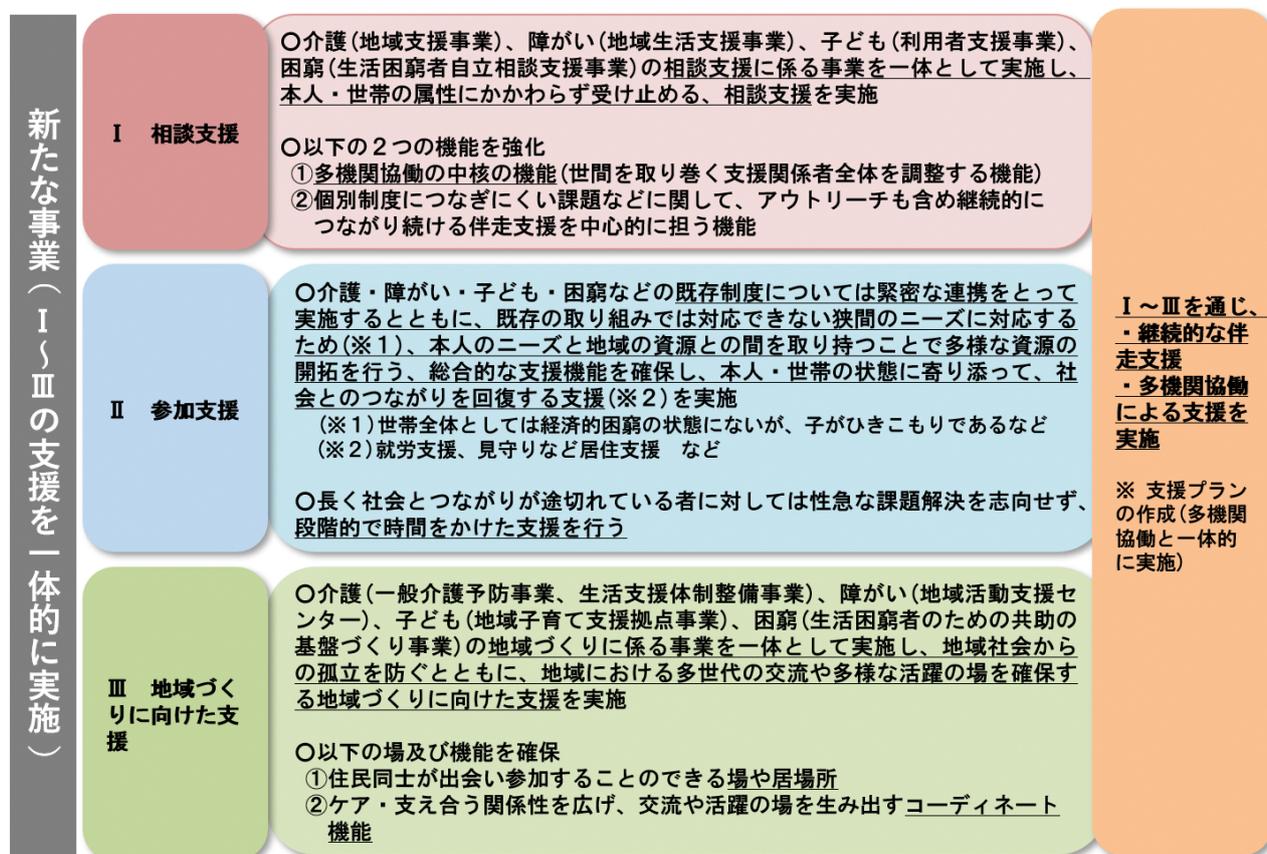
高齢者の虐待対応においては、認知症高齢者等が虐待を受けるリスクが高いことから、認知症に関する各種施策と連携しながら、必要な人には成年後見制度の活用を促進していきます。

第3節 地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進

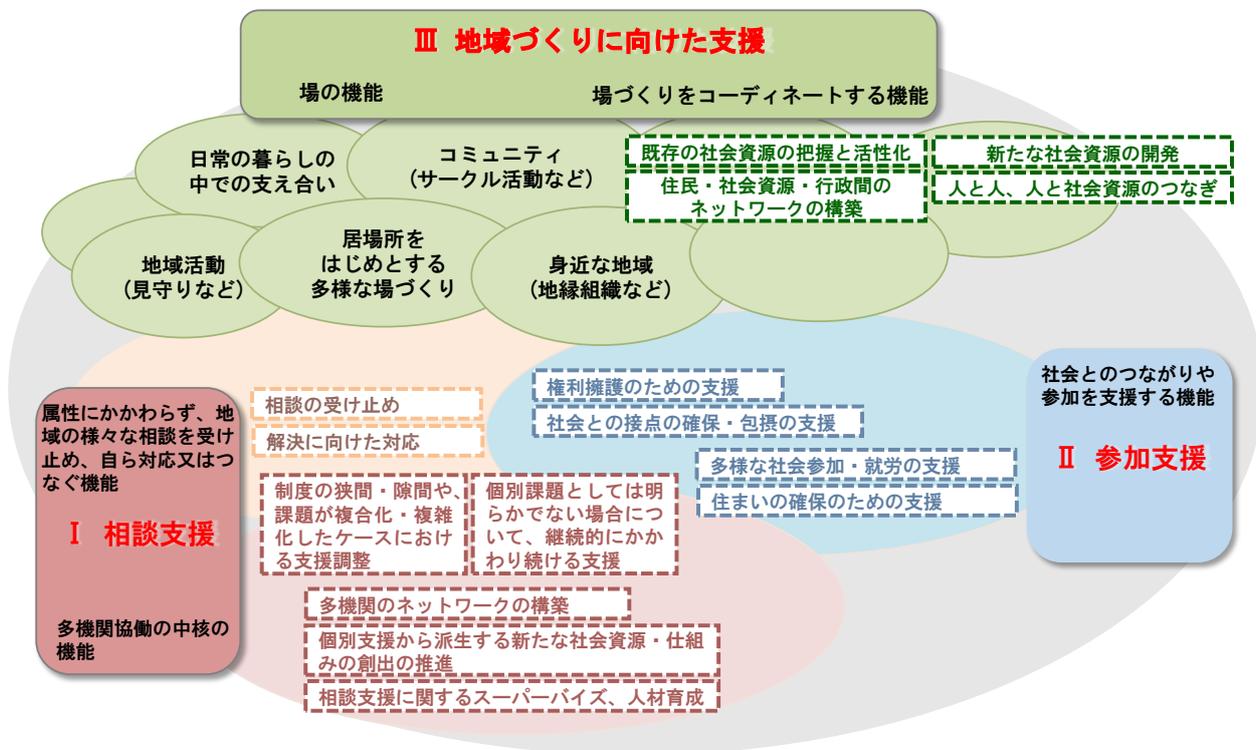
地域共生社会とは、制度・分野ごとの『縦割り』や、「支え手」と「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が、それぞれ『我が事』として参画し、人と人、人と資源が、世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがいと地域をともに創っていく社会のことです。

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4節 地域における支え合いの推進

1. 地域福祉ネットワークの構築

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、それぞれ個々に活動している地区が多く連携に課題がみられます。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、社会福祉協議会を核とした村全域の地域福祉ネットワークを構築します。

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进行搜索する「模擬訓練」を定期的実施していましたが、全地区での実施が完了したことに加えて、新型コロナウイルスの影響もあり、近年は休止となっているため、今後再開を検討していきます。

2. 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
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

3. その他の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】

軽度生活援助事業
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。
食の自立支援事業（給食サービス）
食事を作ることや、食材確保が困難な要支援・要介護認定者等に対して、週3回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。
買い物支援事業
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。

第4章 地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保と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

1. 地域包括支援センターの体制整備

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。

今後も増加が見込まれている認知症への対策や地域ケア会議の運営、総合相談をはじめとする包括的支援事業への対応に加え、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配置していることから、地域包括支援センターの機能強化を図ることが今後さらに重要になってきます。

今後も地域包括支援センターの人員の確保を図るとともに、国が示す方針も参考にしながら、本村の実情に合った地域包括支援センターの業務負担の軽減につながる対策の検討を進めます。

また、多様化・複合化する相談に対応するため、庁内の関係各課との連携や、多職種連携会議、地域の民生委員との連絡会等において関係者との情報共有に努め、相談機能の強化にも取り組みます。

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)	9	12	12	5	5	5
事例検討数(件)	7	10	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。

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。

相談に対する支援にあたっては、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、認知症や独居高齢者に関する相談は増加の傾向がみられており、事態が深刻化してから相談があがるケースも少なくないため、相談窓口の周知を一層進めるなどの対策で、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
総合相談件数(件)	27	21	30	30	31	32

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。

今後も、虐待対応に関する知識や対応力の向上を図るとともに、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。

③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。

④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、見守り訪問事業、緊急時体制整備事業に加え、家族介護用品支援事業を行っています。

家族介護用品支給事業

要介護3～5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。

家族介護用品支給事業	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
利用人数(人)	2	3	1	1	1	1

第2節 介護給付の適正化に向けた取り組みの推進

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、受給者が真に必要とする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. 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、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
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5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. ケアプラン等の点検（適正化主要3事業②）

（1）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。

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9期計画の計画値		
	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、今後点検体制について検討を行います。

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
住宅改修の施工前点検率（%）	100	100	100	100	100	100

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。

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		
	R6	R7	R8
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

第3節 介護人材の確保と介護サービスの質の向上に向けた取り組みの推進

1. 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。

2. 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。

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。

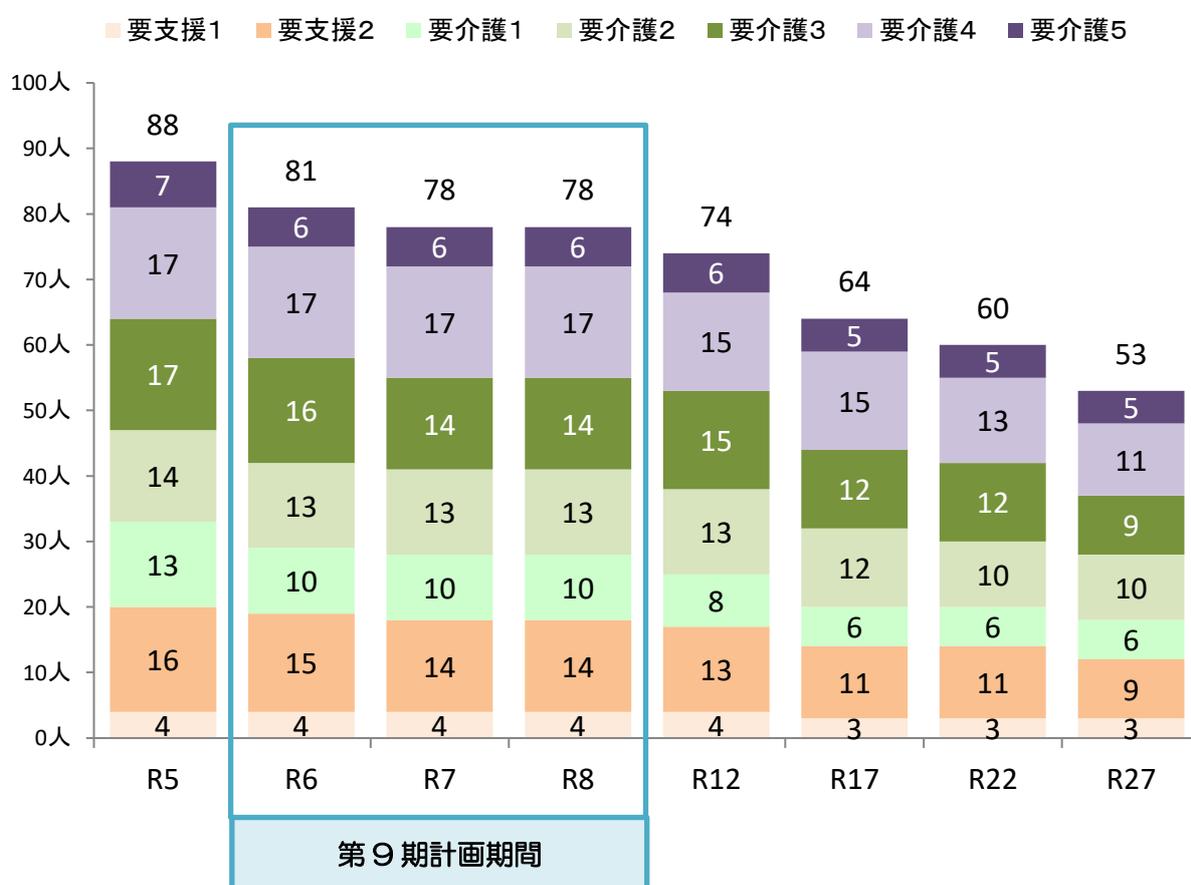
第5章 介護保険事業量等の見込みと介護保険料の算出

第1節 見込みの算出に係る基礎データ

1. 認定者数の予測

本村の要介護（要支援）認定者数は、高齢者人口の減少に伴い、今後は減少傾向に推移していく見込みです。

【要介護（要支援）認定者数・認定率の推移と将来推計】



2. 必要利用定員総数の設定

本村では、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、第9期期間中に新設や増設を行う見込みはありません。

一方で、第9期期間中には、「五木村住み良いむらづくり推進協議会」において、住民ニーズや必要とする介護サービスの需給バランスなど現状把握を進めながら、サービス提供体制の検討を行い、第10期以降には、必要な施設の整備を行っていきます。

【本村の地域密着型サービスの必要利用定員総数】

	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
(1) 認知症対応型共同生活介護				
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) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				
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
(3) 地域密着型特定施設入居者生活介護				
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

第2節 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。

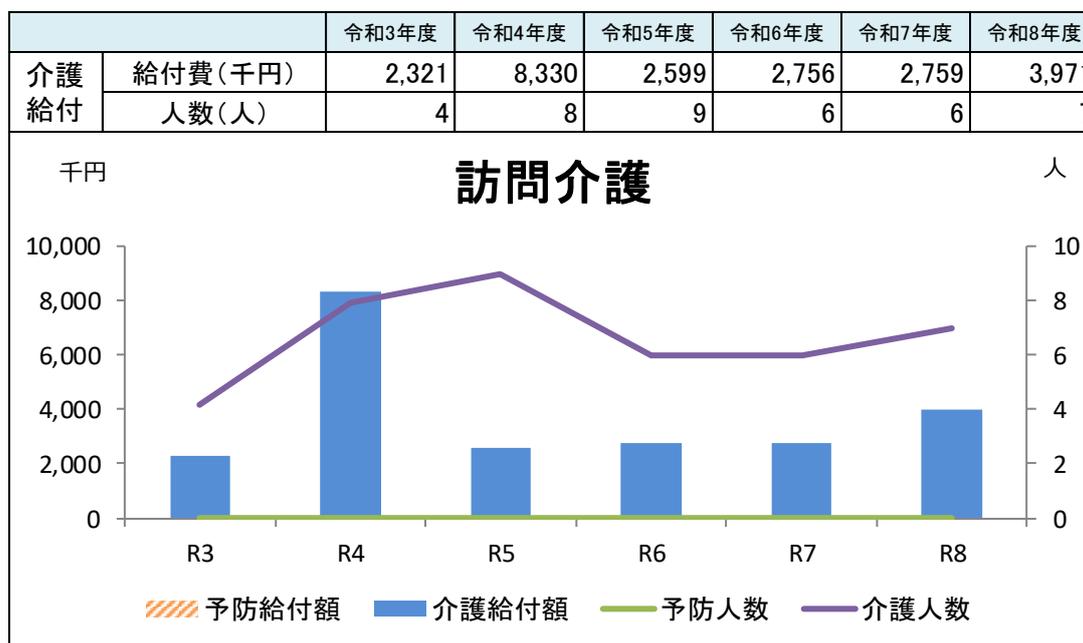
本項では、これまでの給付実績や村の現状、将来予測に関する各種のデータを用いて行った、第9期計画における介護保険サービスの事業量・事業費の推計とその確保策について示しています。

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10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

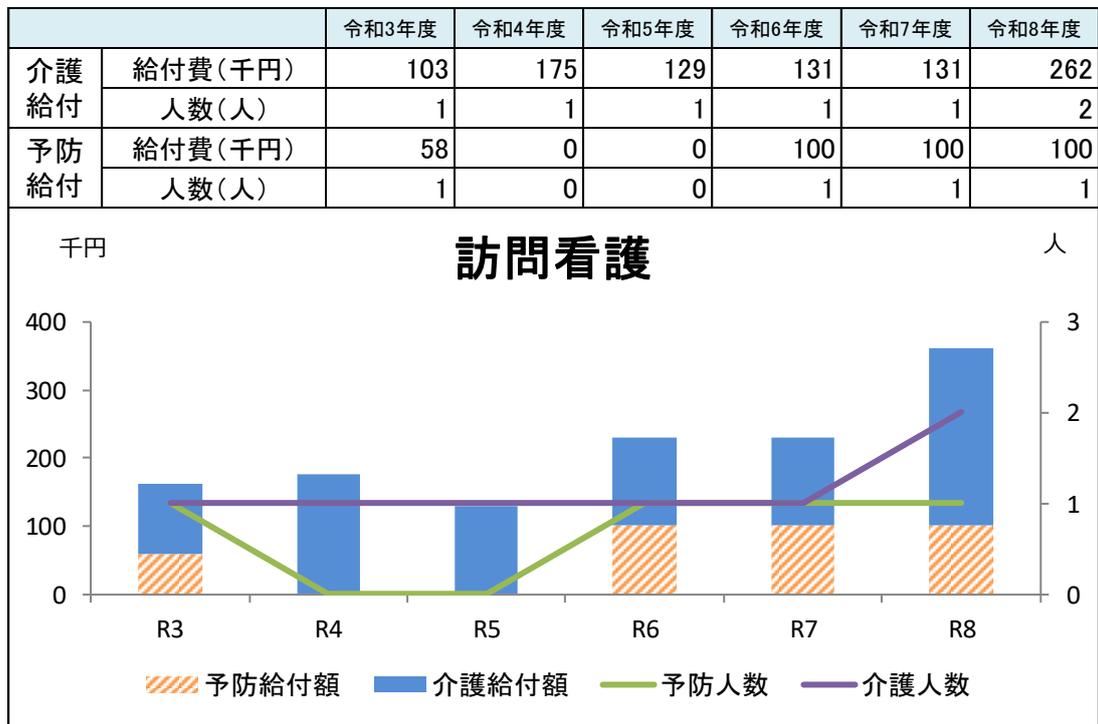
(1) 訪問介護・介護予防訪問介護（ホームヘルプ）

ホームヘルパーが自宅を訪問して、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。



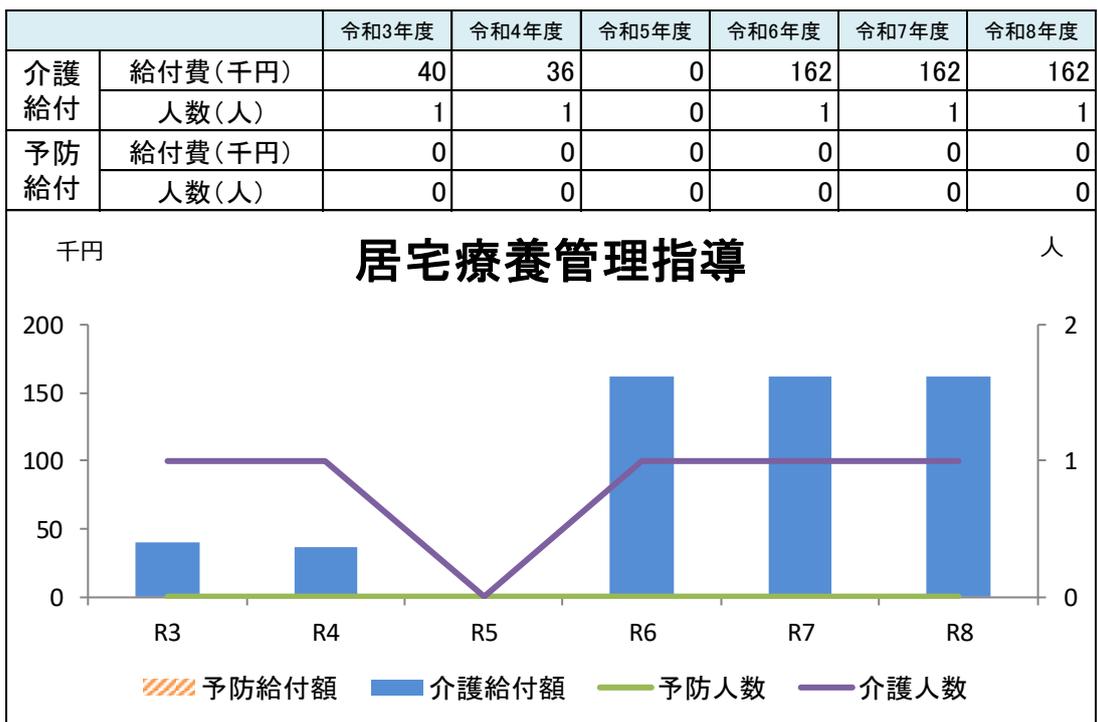
(2) 訪問看護・介護予防訪問看護

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。



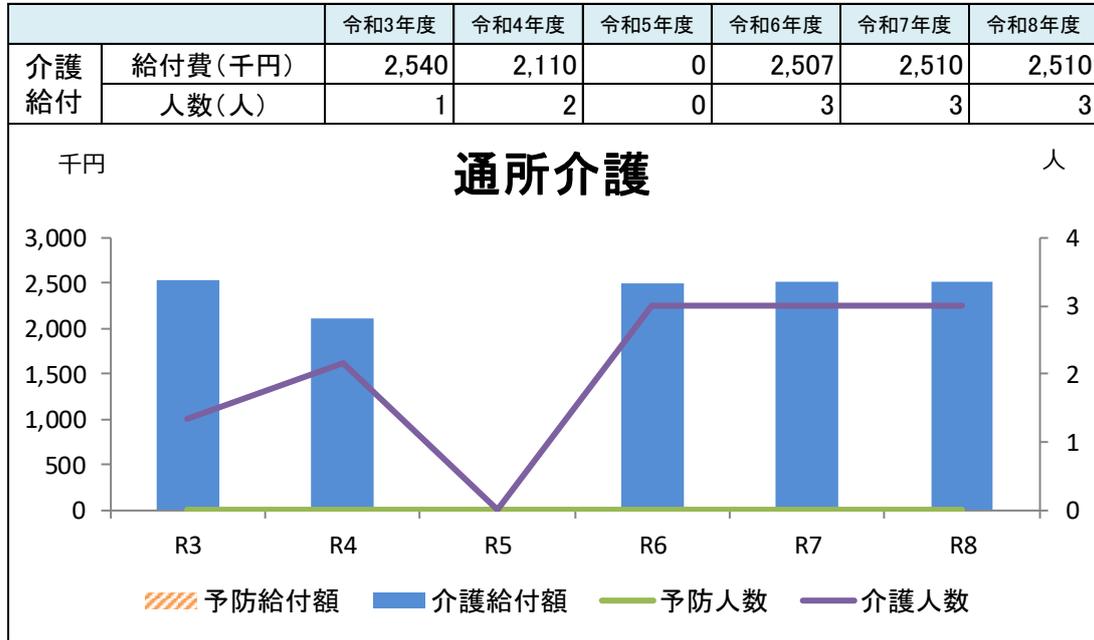
(3) 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

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。



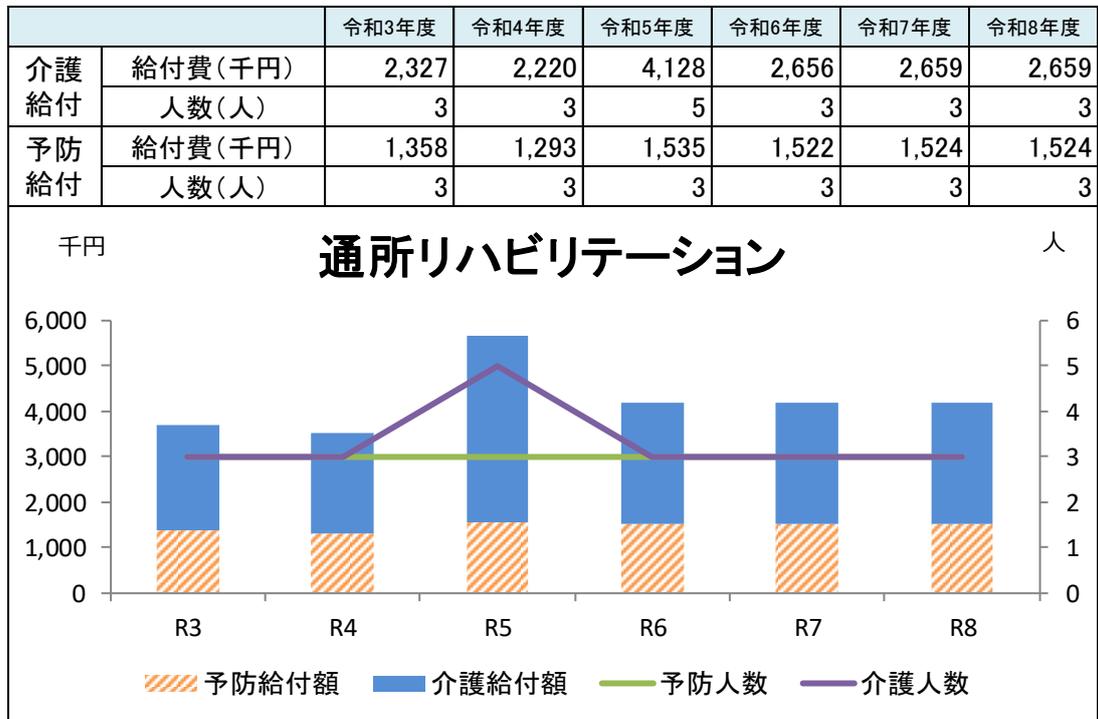
(4) 通所介護（デイサービス）

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。



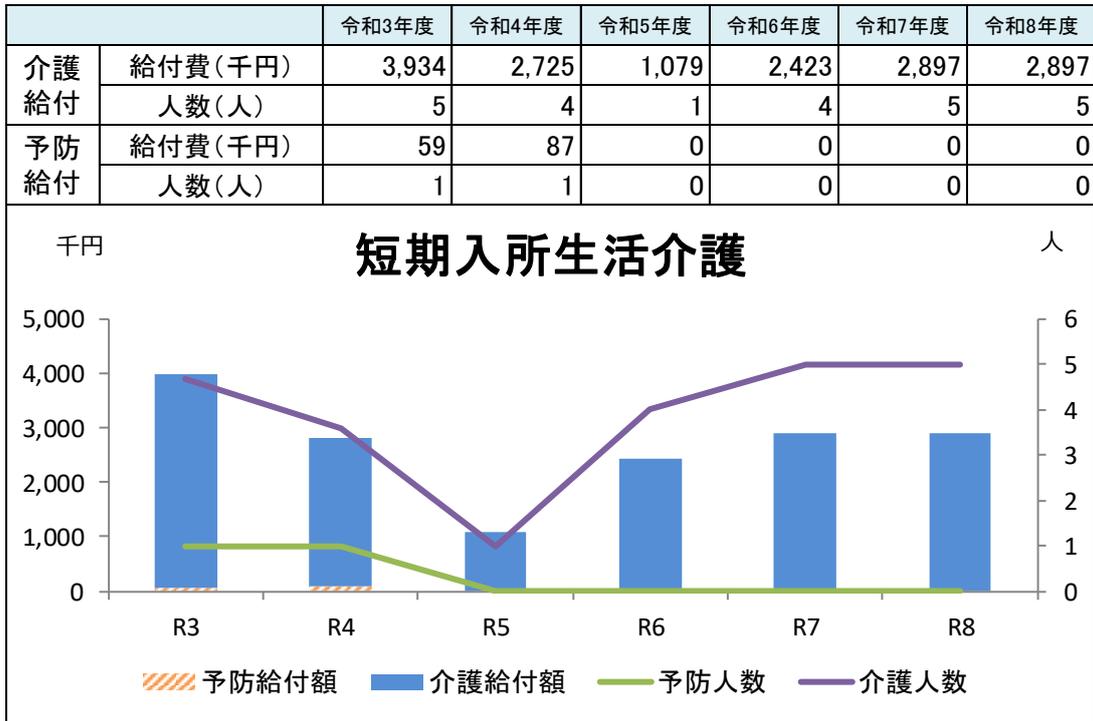
(5) 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション（デイケア）

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。



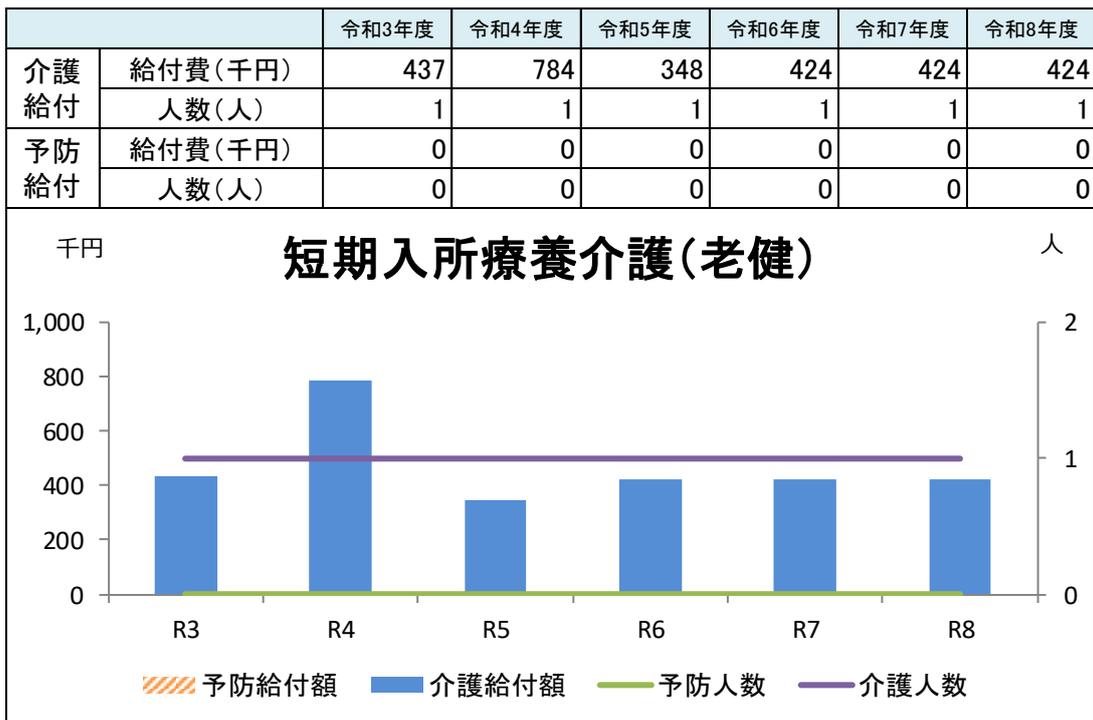
(6) 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）

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。



(7) 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（老健）

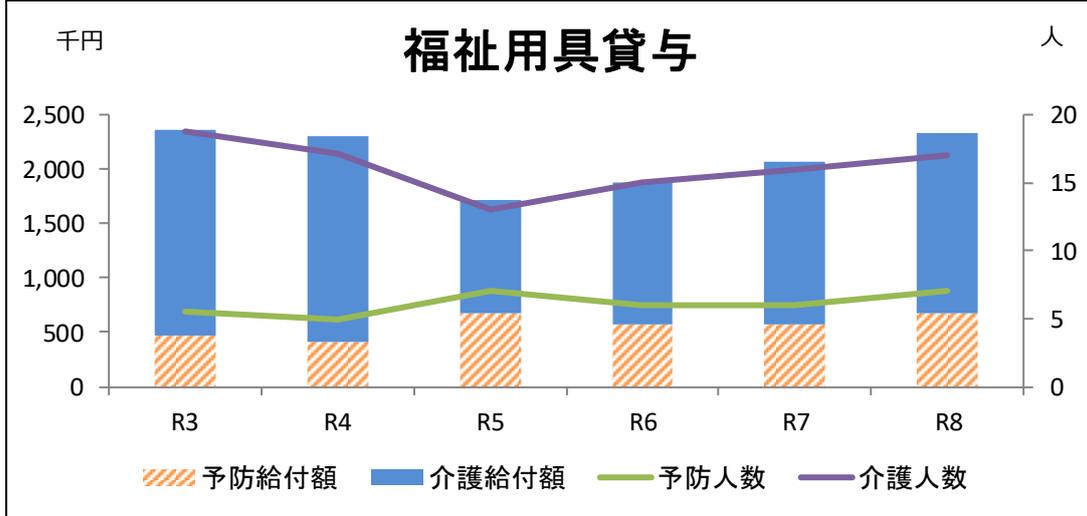
医療施設などに短期間入所し、食事・入浴・排泄、その他日常生活の介護や看護・機能訓練を行います。



(8) 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。

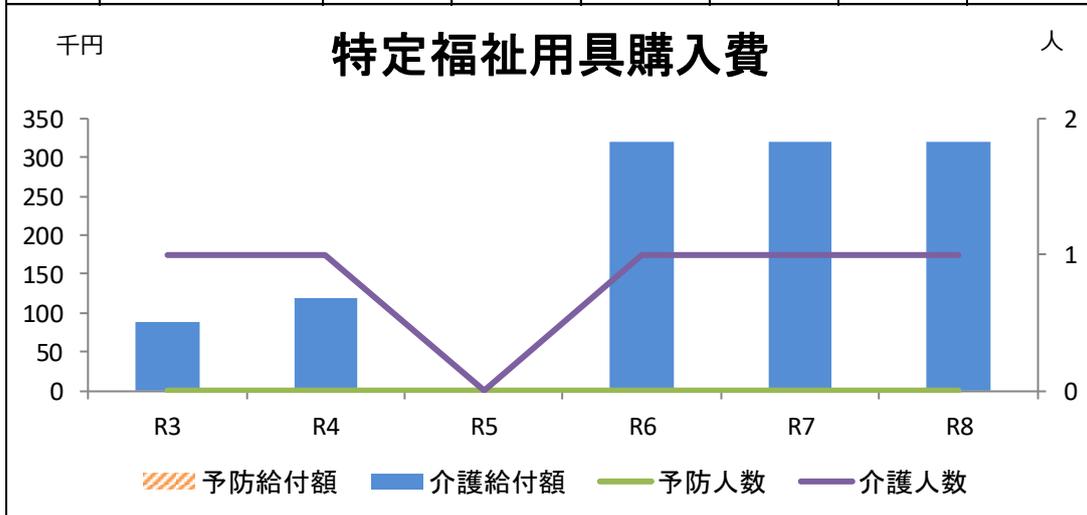
		令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
介護 給付	給付費(千円)	1,888	1,886	1,042	1,296	1,482	1,667
	人数(人)	19	17	13	15	16	17
予防 給付	給付費(千円)	470	409	670	580	580	670
	人数(人)	6	5	7	6	6	7



(9) 特定福祉用具購入・特定介護予防福祉用具購入

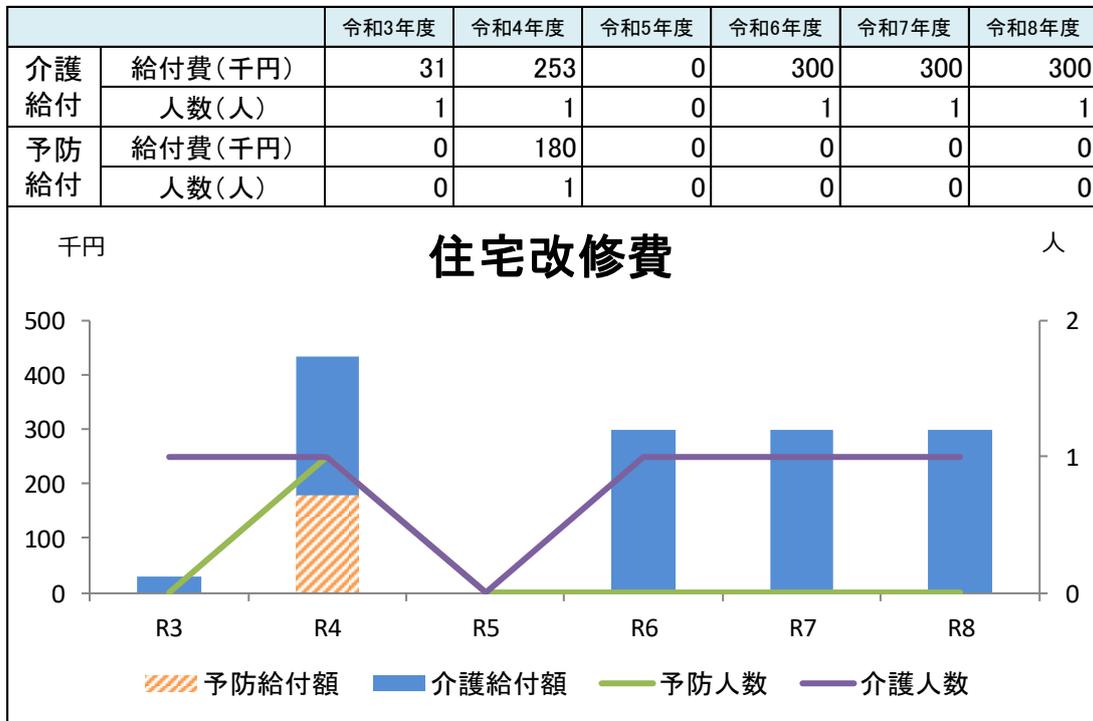
貸与になじまない入浴や排泄等に用いる福祉用具を購入し、日常生活における自立支援や介護者の負担軽減を図ります。

		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)	88	119	0	321	321	321
	人数(人)	1	1	0	1	1	1
予防 給付	給付費(千円)	0	0	0	0	0	0
	人数(人)	0	0	0	0	0	0



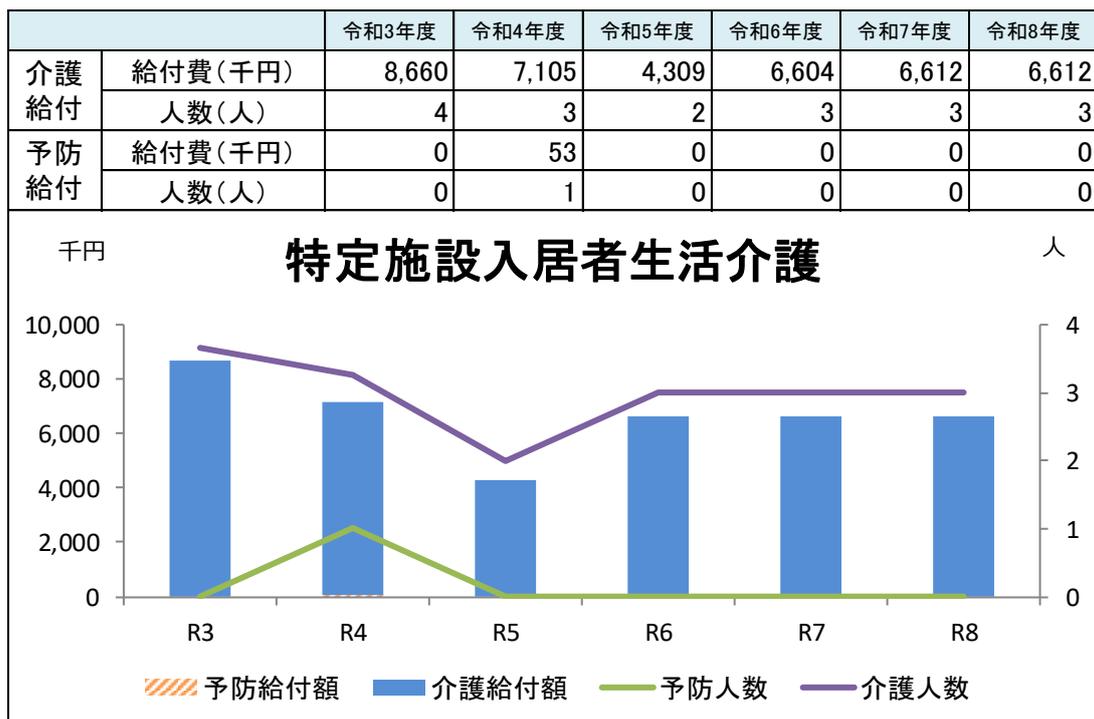
(10) 住宅改修・介護予防住宅改修

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。



(11) 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

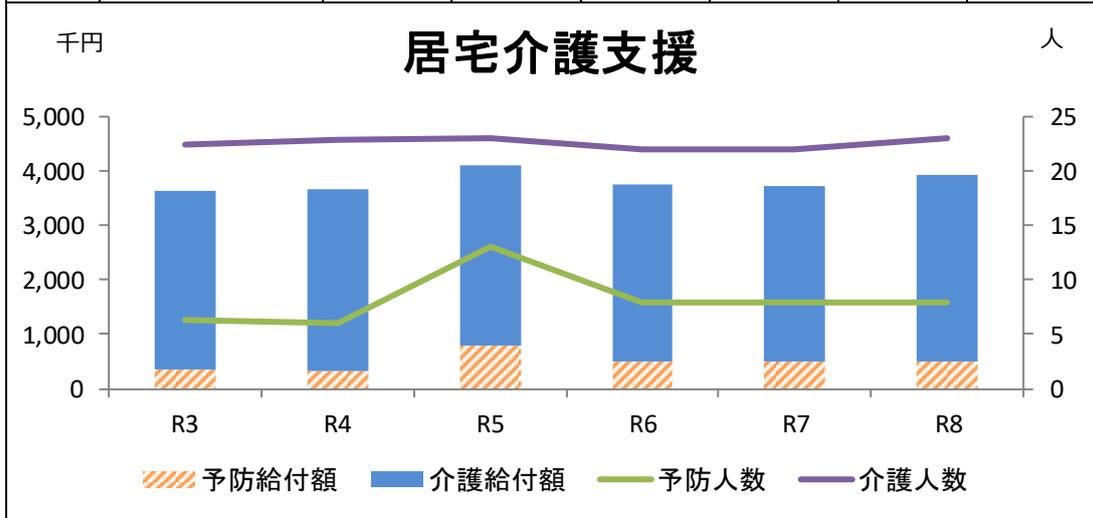
有料老人ホーム等で、食事・入浴・排泄、その他日常生活上の支援や機能訓練を行います。



(12) 居宅介護支援・介護予防支援

要介護者・要支援者がサービス（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、サービス事業者との連絡調整などの支援を行います。

		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)	3,270	3,354	3,291	3,264	3,236	3,431
	人数(人)	22	23	23	22	22	23
予防 給付	給付費(千円)	355	320	802	492	493	493
	人数(人)	6	6	13	8	8	8

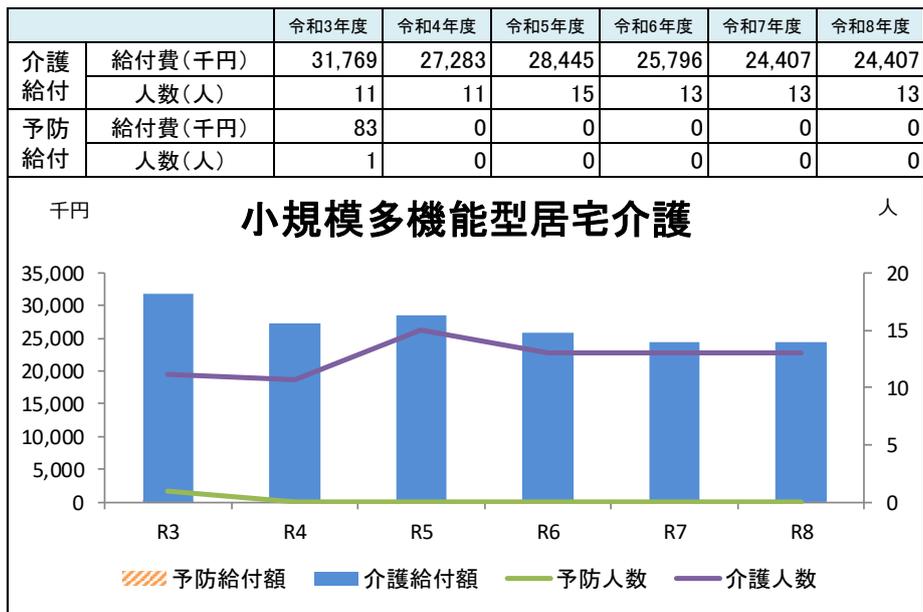


2. 地域密着型サービス

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。

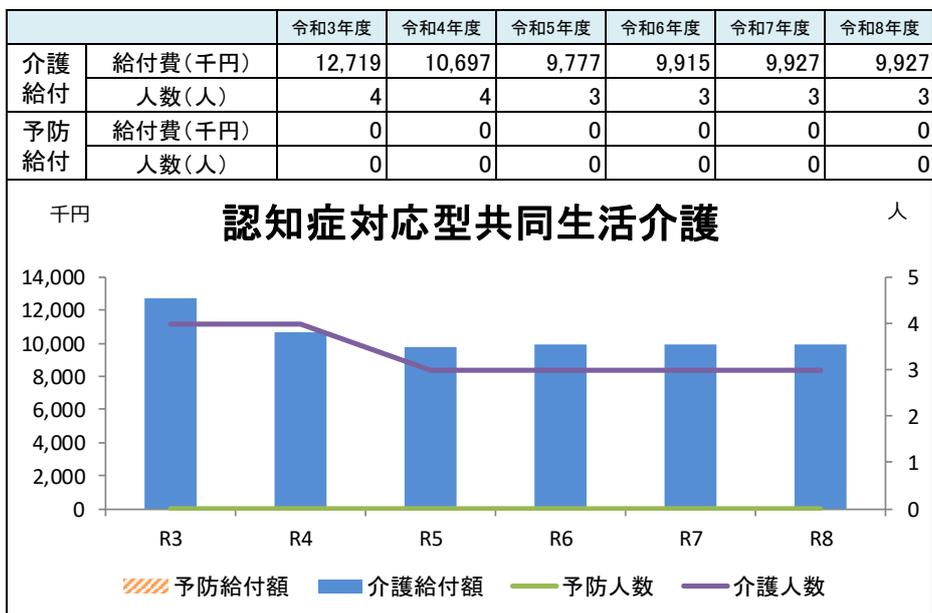
（1）小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

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。



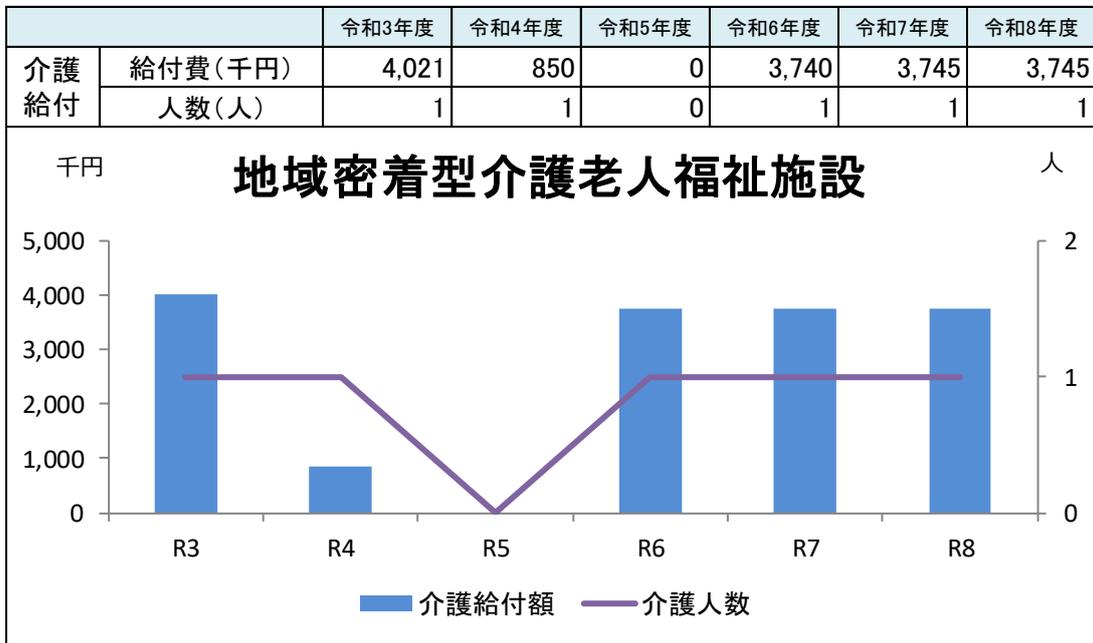
（2）認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

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。



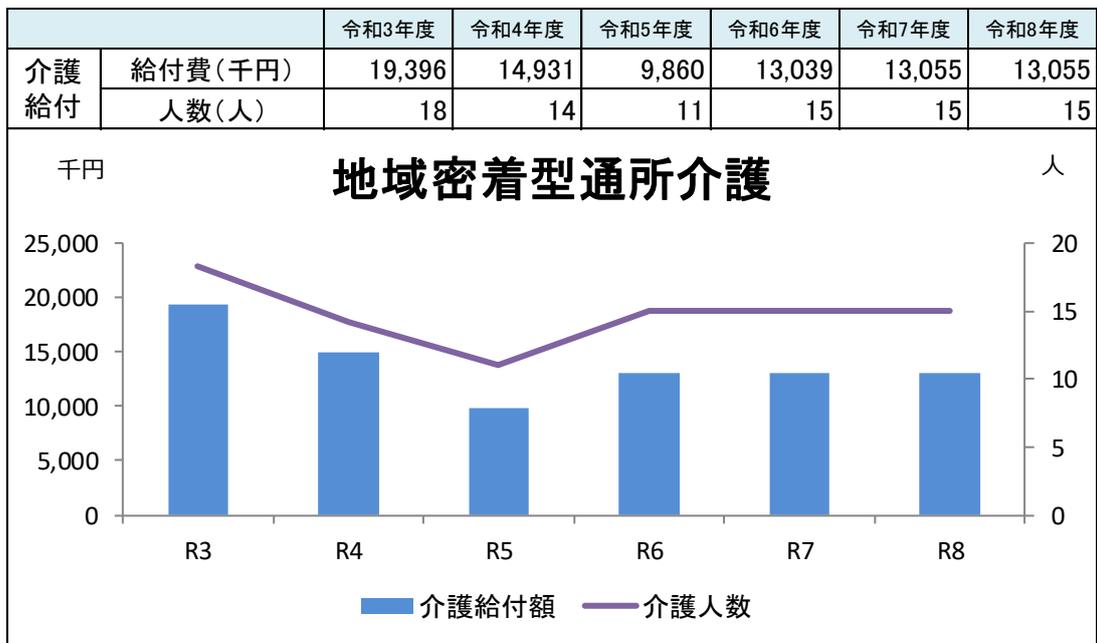
(3) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

定員 29 人までの小規模な介護老人福祉施設で、食事・入浴・排泄等の日常生活の支援や機能訓練を行います。



(4) 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

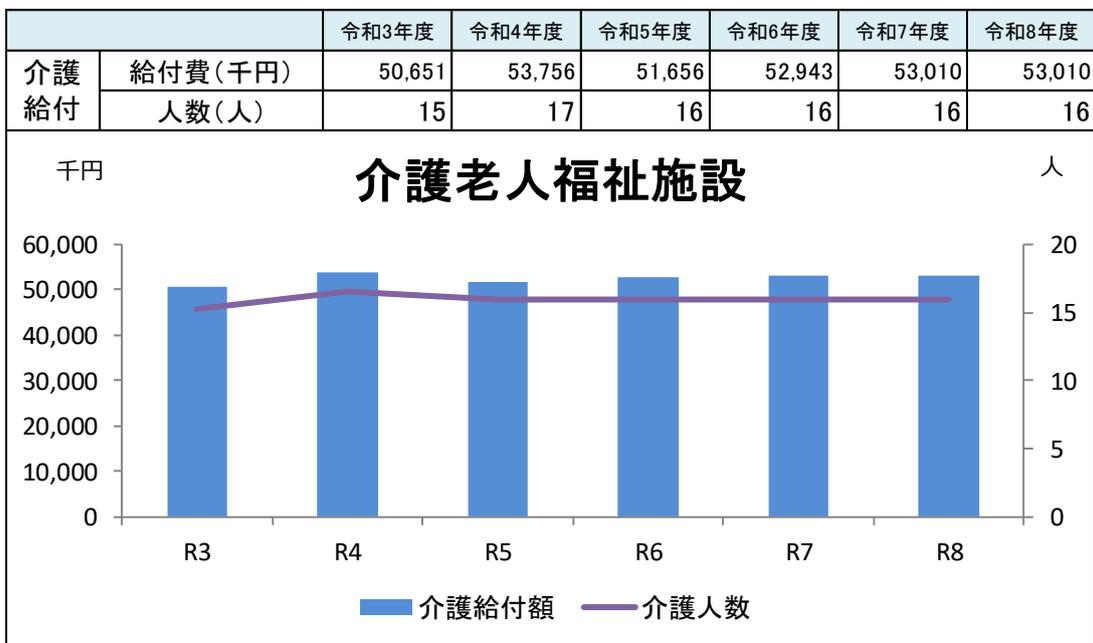
施設介護サービスについては、県と連携して、介護保険事業（支援）計画に沿った適切な基盤整備に努めるとともに、個室・ユニットケアを進めるなど、多様な住まいの普及に引き続き取り組みます。

また、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。

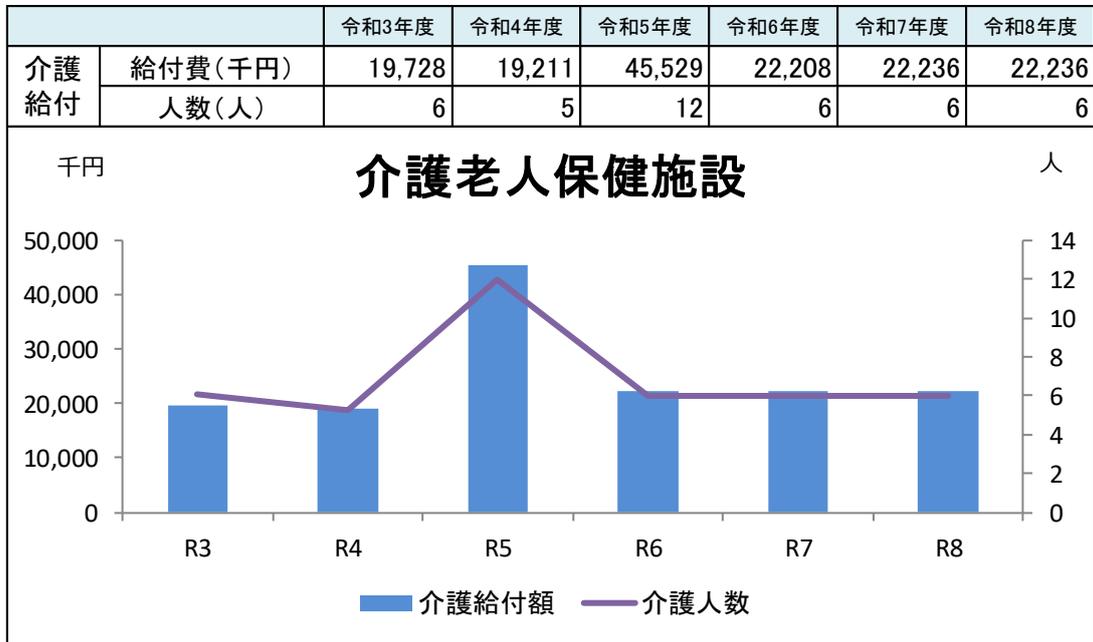
(1) 介護老人福祉施設

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、健康管理等を行います。



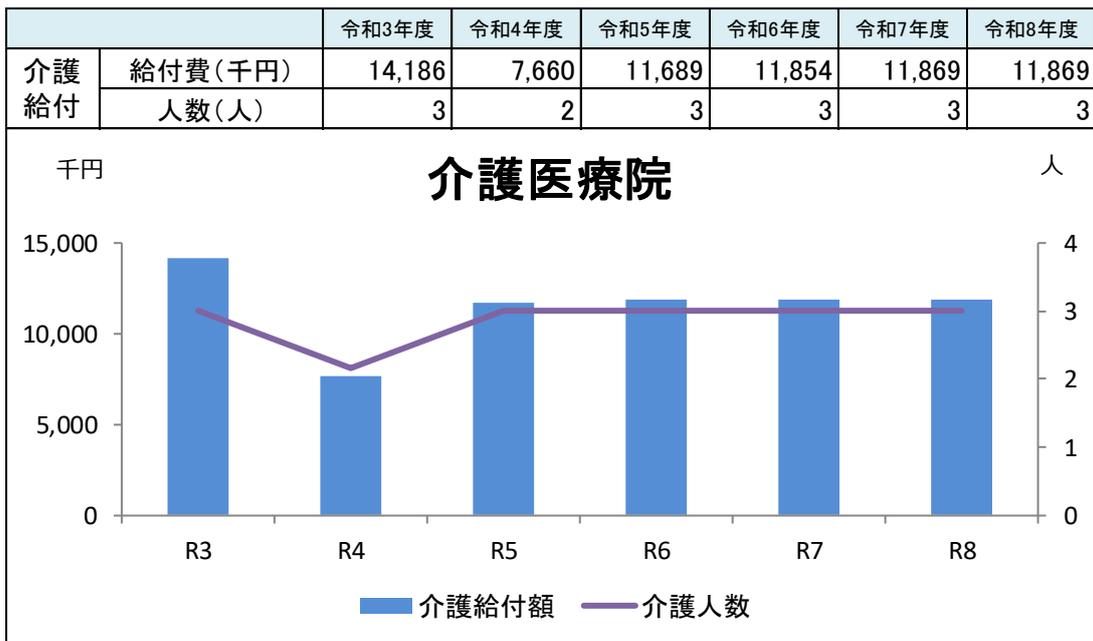
(2) 介護老人保健施設

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。



第3節 介護保険料の算出

1. 第1号被保険者の負担割合

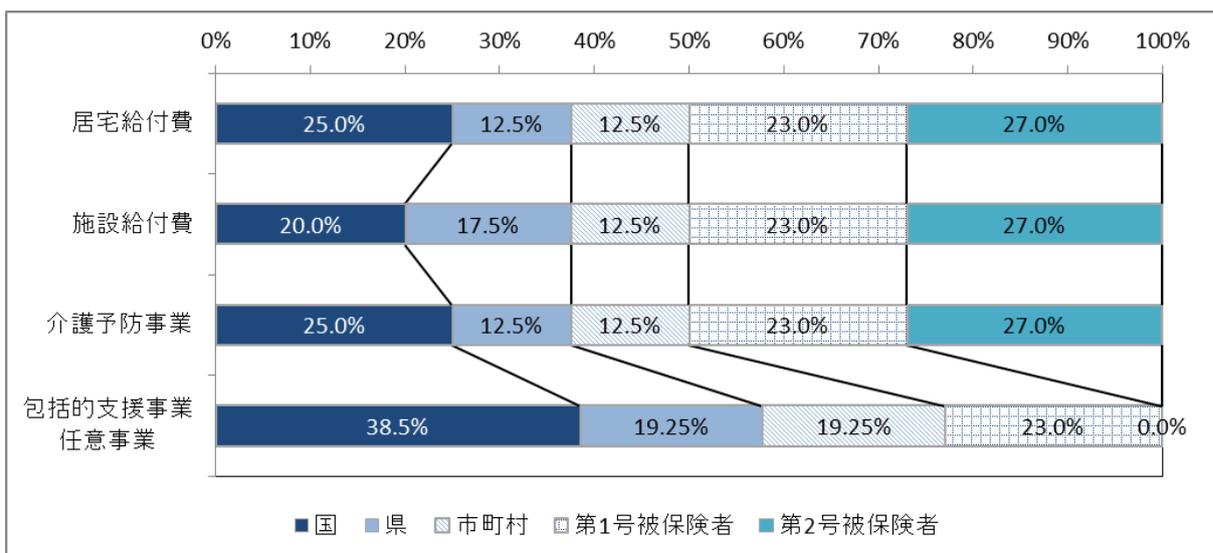
介護保険事業費及び第1号被保険者保険料は、計画期間における第1号被保険者数及び要介護（要支援）認定者数の見込み、さらに、介護保険サービス及び地域支援事業に係る費用見込み等をもとに算定します。

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. 総事業費の見込み

(1) 予防給付費の見込み

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	2,202	2,204	2,294
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	100	100	100
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
介護予防通所リハビリテーション	1,522	1,524	1,524
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	580	580	670
特定介護予防福祉用具購入費	0	0	0
介護予防住宅改修	0	0	0
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	492	493	493
合計	2,694	2,697	2,787

(2) 介護給付費の見込み

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	19,580	20,257	21,785
訪問介護	2,756	2,759	3,971
訪問入浴介護	0	0	0
訪問看護	131	131	262
訪問リハビリテーション	0	0	0
居宅療養管理指導	162	162	162
通所介護	2,507	2,510	2,510
通所リハビリテーション	2,656	2,659	2,659
短期入所生活介護	2,423	2,897	2,897
短期入所療養介護(老健)	424	424	424
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	1,296	1,482	1,667
特定福祉用具購入費	321	321	321
住宅改修費	300	300	300
特定施設入居者生活介護	6,604	6,612	6,612
(2) 地域密着型サービス	52,490	51,134	51,134
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	25,796	24,407	24,407
認知症対応型共同生活介護	9,915	9,927	9,927
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	3,740	3,745	3,745
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	13,039	13,055	13,055
(3) 施設サービス	87,005	87,115	87,115
介護老人福祉施設	52,943	53,010	53,010
介護老人保健施設	22,208	22,236	22,236
介護医療院	11,854	11,869	11,869
介護療養型医療施設	0	0	0
(4) 居宅介護支援	3,264	3,236	3,431
合計	162,339	161,742	163,465

(3) その他の給付等の見込み

①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)	165,033,000	164,439,000	166,252,000
特定入所者介護サービス費等給付額(円)	9,999,190	10,011,844	10,011,844
高額介護サービス費等給付額(円)	6,334,017	6,342,564	6,342,564
高額医療合算介護サービス費等給付額(円)	420,000	420,000	420,000
算定対象審査支払手数料(円)	119,493	119,493	119,493
標準給付費見込額(円)	181,905,700	181,332,901	183,145,901

②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)	6,925,600	6,925,600	6,925,600
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)	1,295,000	1,295,000	1,295,000
包括的支援事業(社会保障充実分)(円)	308,300	308,300	308,300
地域支援事業費(円)	8,528,900	8,528,900	8,528,900

③財政安定化基金

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

準備基金の残高(円)	22,403,903
準備基金取崩額(円)	10,000,000

⑤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

⑥予定保険料収納率

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	546,384,502
+	
地域支援事業費	25,586,700
=	
介護保険事業費見込額	571,971,202
×	
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	131,553,376
+	
調整交付金相当額	28,358,065
-	
調整交付金見込額	51,939,000
+	
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	10,000,000
+	
市町村特別給付費等	0
=	
保険料収納必要額	97,972,442
÷	
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)	1,237
=	
年額保険料	79,205
÷	
12か月	
=	
月額保険料(基準額)	6,600
(参考)前期の月額保険料(基準額)	6,300

4. 所得段階に応じた保険料額の設定

介護保険料は一律ではなく、住民税の課税状況や収入・所得の状況により段階別に定めています。国では、これまでの第9段階を細分化し、新たに4段階を設けて計13段階とすることで、介護保険制度内の所得再分配機能を強化し、低所得者の保険料上昇を抑制する方針を示しています。

本村においても、第1号被保険者の介護保険料基準額（第5段階の保険料月額）に対して、13段階それぞれに応じた介護保険料月額の設定を行います。

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。

各段階における第9期計画期間（令和6年度～令和8年度）の保険料負担割合及び保険料月額は以下のとおりとなります。

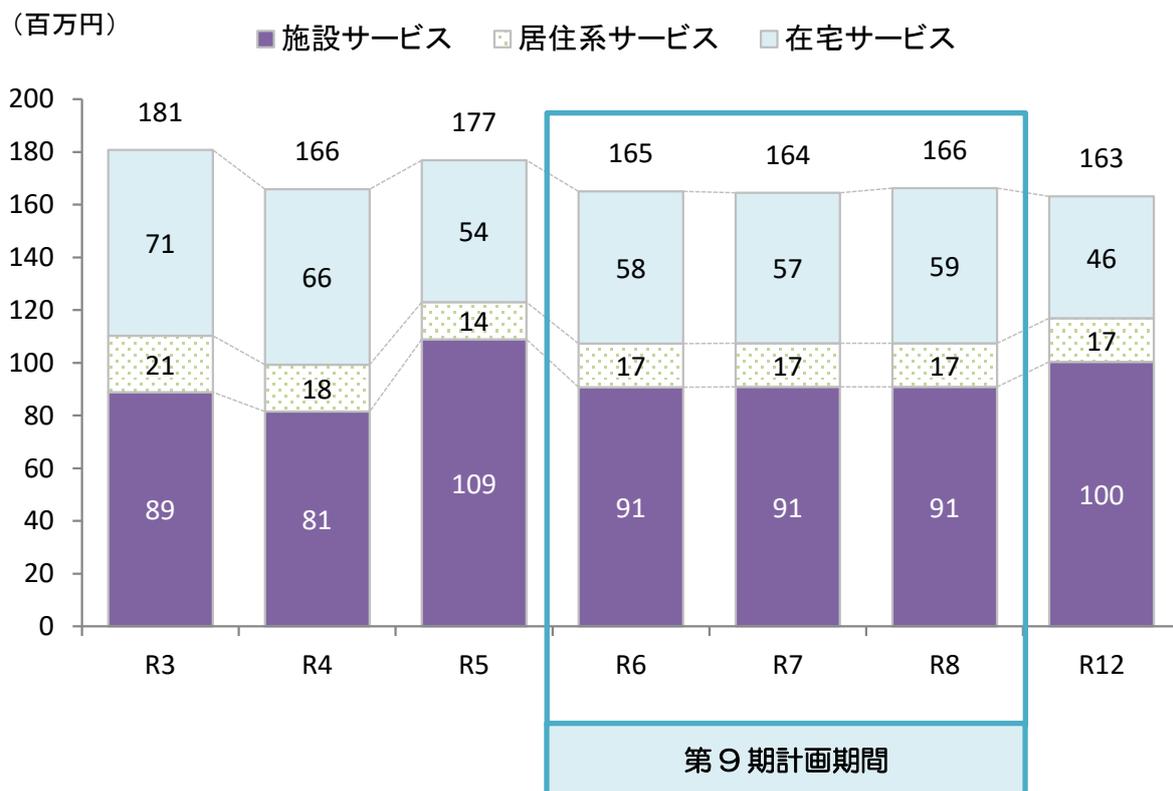
	該当条件	基準額に対する 負担割合	保険料月額 (令和6年度～令和8年度)
第1段階	生活保護受給者、世帯全員が住民税非課税の老齢福祉年金受給者、本人年金収入等80万円以下	0.285 (0.455)	1,881円
第2段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円超120万円以下	0.485 (0.685)	3,201円
第3段階	世帯全員が住民税非課税かつ本人年金収入等120万円超	0.685 (0.69)	4,521円
第4段階	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円以下	0.9	5,940円
第5段階 【基準】	世帯の誰かに住民税が課税されているが、本人が住民税非課税かつ本人年金収入等80万円以上	1.0	6,600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	7,920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	8,580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	9,900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	11,220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	12,540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	13,860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	15,180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	15,840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. 介護保険事業量等の今後の予測

(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。



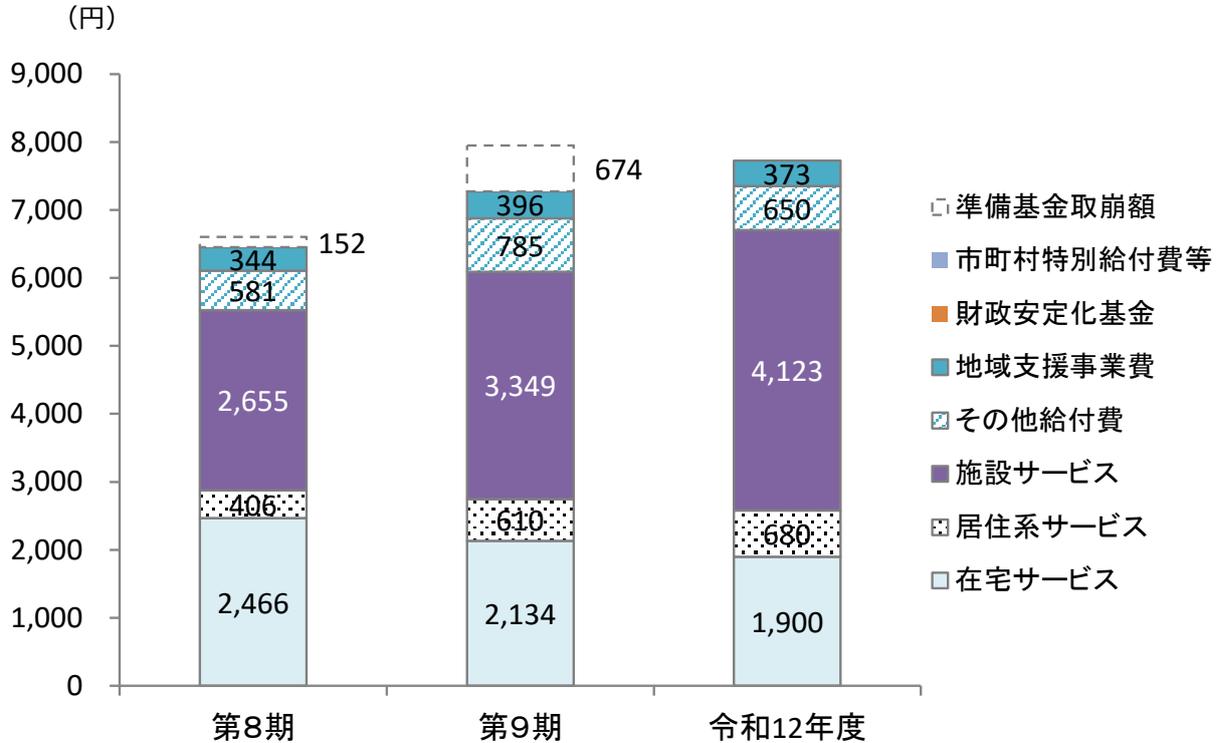
(単位：円)

	令和6年度	令和7年度	令和8年度
総給付費	165,033	164,439	166,252
在宅サービス	57,769	57,040	58,853
居住系サービス	16,519	16,539	16,539
施設サービス	90,745	90,860	90,860

(2) 介護保険料基準額の今後の予測

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。

本村では、第8期計画同様、第9期計画においても、準備基金を取り崩し保険料に充当することで介護保険料の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	5,527	85.7%	6,093	83.8%	6,703	86.8%
在宅サービス	2,466	38.2%	2,134	29.3%	1,900	24.6%
居住系サービス	406	6.3%	610	8.4%	680	8.8%
施設サービス	2,655	41.1%	3,349	46.0%	4,123	53.4%
その他給付費	581	9.0%	785	10.8%	650	8.4%
地域支援事業費	344	5.3%	396	5.5%	373	4.8%
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	6,452	100.0%	7,274	100.0%	7,725	100.0%
準備基金取崩額	152	2.4%	674	9.3%	0	0.0%
保険料基準額	6,300	97.6%	6,600	90.7%	7,725	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) 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) 在宅介護実態調査について (4) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査について (5) その他	R5.10.16
第2回	(1) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の集計結果について (2) 高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画の骨子(体系)案について (3) 介護サービス事業量及び介護保険料の推計について (4) その他	R5.12.21
第3回	(1) 高齢者福祉計画及び第9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	R6.2.19

○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

番号	区 分	氏 名	所属団体名
1	社会福祉関係者	山 尾 正 嗣	五木村老人クラブ連合会会長
2		永 里 克 彦	五木村社会福祉協議会事務局長
3		辻 篤 子	五木村民生委員・児童委員協議会副会長
4	保健・医療関係者	西 岡 華 子	五木村診療所長
5	関係機関の職員	竹 村 文 秀	五木村総務課長
6	その他村長が必要と認めた者	大 俣 秋 代	第1号被保険者
7		川 邊 正 美	第1号被保険者
8		田 中 加 代 子	第2号被保険者
9		川 邊 知 恵 美	第2号被保険者
10		土 屋 靖 子	第2号被保険者
11		園 田 千 広	第2号被保険者

任期:令和8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、残りの半分以上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。
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。

居宅	介護保険法上の法律用語。自宅に限らず広く住まいとする場所のことを指す。ただし「自宅」「在宅」「居宅」「居住系」といった用語の定義は、介護保険上で明確に区分されていない。
居宅介護支援事業所	要介護認定等、各種申請や介護サービスを利用する際に、窓口となる事業所で、ケアプランを作成し、適切なサービスが受けられるように、提供事業者と連絡・調整を行う機関を指す。
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。
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。
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。
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。食事、入浴、排泄の介護、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。
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って業務を継続的に改善していく手法のこと。

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	<p>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。</p> <p>※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。</p>
有料老人ホーム	<p>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。</p>
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。

五木村高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画

令和6年度～令和8年度（第9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6年3月
