

西原村

高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画

ふれあい、支えあい、生きがいのある元気なむらづくり



令和3年3月

熊本県西原村

目次

第1章 計画の基本的考え方	1
1 計画策定の背景・趣旨.....	1
2 計画の性格・法的位置づけ.....	1
3 計画期間.....	2
4 他の計画との関係.....	3
5 計画の策定体制.....	4
6 日常生活圏域の設定.....	4
第2章 西原村を取り巻く現状	5
1 高齢者の状況.....	5
2 アンケート調査結果.....	16
3 介護給付分析.....	24
第3章 計画の基本的考え方	31
1 基本理念.....	31
2 地域包括ケアシステムの実現に向けた重点的取組.....	32
3 基本理念実現のための基本方針.....	33
第4章 基本理念実現に向けた施策の展開	35
第1節 健康づくりと介護予防の推進.....	35
1 健康づくりの支援.....	35
2 高齢者における保健事業と介護予防の一体的な推進.....	35
3 介護予防・日常生活支援総合事業の推進.....	36
第2節 在宅生活を支える地域づくり.....	41
1 地域・社会参加の促進.....	41
2 高齢者の就労支援.....	43
3 高齢者見守りネットワークの構築.....	43
4 地域共生社会の実現に向けた地域づくり.....	43
第3節 包括的支援に向けた体制づくり.....	44
1 地域包括支援センターの機能強化.....	44
2 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.....	47
3 認知症になっても安心して暮らせる体制の構築.....	50
4 高齢者の権利擁護・虐待防止の推進.....	54
第4節 住み慣れた地域で生活するための環境づくり.....	56
1 安全・安心に暮らせるむらづくり.....	56
2 高齢者の移動手段の確保.....	57
3 高齢者福祉サービスによる在宅生活の支援.....	57
4 高齢者の住まいの確保.....	57

第5節 介護サービスの充実と質の向上.....	59
1 介護サービスの充実.....	59
2 情報提供体制の充実.....	59
3 事業者の適切な指定、指導監査.....	59
4 人材の確保及び資質の向上.....	60
5 介護給付の適正化に向けた取組の推進（西原村介護給付適正化計画）.....	60
6 介護保険サービスの基盤整備.....	62
7 相談対応、苦情処理体制の充実.....	62
8 利用者負担軽減制度の利用促進.....	63
9 地域マネジメントの実施.....	63
第5章 介護保険サービスの円滑な提供.....	64
1 介護保険サービスの見込み.....	64
2 地域密着型サービスの整備計画.....	73
3 地域支援事業の見込み.....	74
4 サービス給付費の見込み.....	76
5 第1号被保険者保険料の見込み.....	78
第6章 計画の推進と進行管理.....	82
1 推進体制の整備.....	82
2 計画の広報.....	82
3 計画の点検.....	82
資料編.....	83
1 西原村介護保険事業計画及び高齢者福祉計画策定委員会設置要綱.....	83
2 西原村高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画策定委員名簿.....	85
3 用語の解説.....	86

第1章 計画の基本的考え方

1 計画策定の背景・趣旨

平成12年4月に創設された介護保険制度は、高齢化の進展に伴う要介護高齢者の増加や、核家族化の進行、世帯規模の縮小など、それまで要介護者を支えてきた家族の状況に変化が見え始めた中、21世紀の超高齢社会における介護問題の解決を図るため、国民の共同連帯の理念に基づき、要介護者等を社会全体で支援する仕組みとして開始されました。創設から20年が経ち、介護サービス利用者は制度創設時の3倍を超え、介護サービスの提供事業所数も着実に増加し、介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着し、発展してきました。

また、平成27年度（第6期計画）からは、新しい介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」といいます。）と包括的支援事業（在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業）の実施などが位置付けられ、平成30年度（第7期計画）からは、保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進などが位置付けられているところです。

高齢化が進行する中、本村においても高齢化率は増加傾向にあり、令和2年の高齢化率31.9%から、団塊の世代（1947～1949年生まれ）が75歳以上となる令和7年（2025年）には34.5%となり、団塊ジュニア世代（1971～1974年生まれ）が65歳以上となる令和22年（2040年）には、38.3%まで上昇する見込みとなっています。

今後、要介護・要支援高齢者や認知症高齢者の増加による介護ニーズの高まりと、これに伴う保険給付費の増大が見込まれるとともに、生産年齢人口の減少により、地域における支え手の減少や介護人材の不足等が危惧されます。

一方、近年増加傾向にある豪雨災害や、昨今の新型コロナウイルス感染症の感染拡大に対して、持続可能な介護サービスの提供体制の構築や新しい生活様式に対応した施策の展開等、日頃から関係機関等が連携し有事への備えも重要となります。

こうした状況を踏まえ、今回の「西原村高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画」は、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施や高齢者保健福祉施策を推進するために策定するものです。

2 計画の性格・法的位置づけ

本計画は、老人福祉法第20条の8第1項に基づく「高齢者福祉計画（法律上は「市町村老人福祉計画」）及び介護保険法第117条第1項に基づく「市町村介護保険事業計画」を一体的に策定するものです。

「高齢者福祉計画」は、長寿社会にふさわしい高齢者福祉の構築という課題に対して、本村が目指すべき基本的な政策目標を定め、その実現に向けて取り組むべき施策の方向及び事業内容を定めるものです。

また、「介護保険事業計画」は、介護サービスの事業量、保険料及び介護サービスを確保するための方策を定めるものであり、制度の円滑な実施に向けた取組内容を定める計画です。

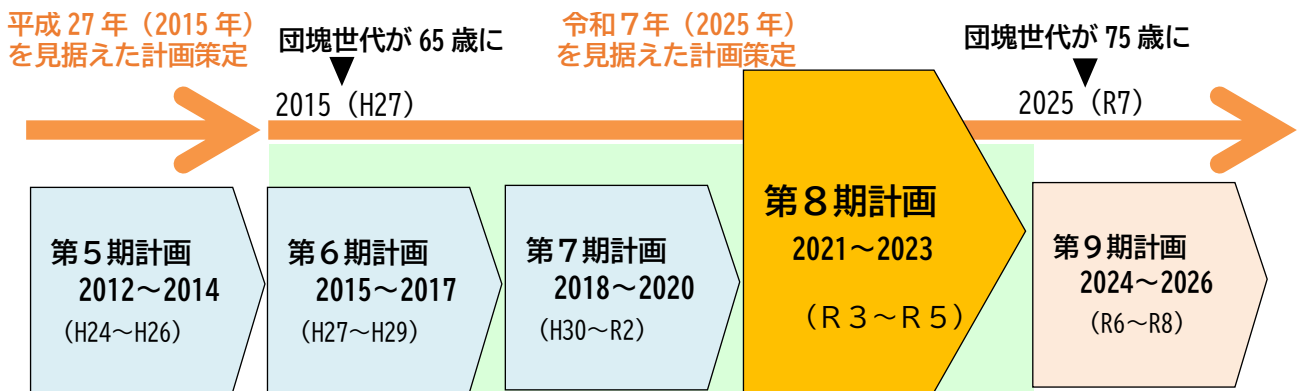
地域共生社会の実現に向けて、第7期で取り組んできた地域包括ケアシステムの充実・強化をさらに推進し、介護予防・重度化防止や日常生活支援、介護給付費適正化等の自立支援等施策の取り組みを強化する計画とします。

	根拠法令	性格
高齢者保健福祉計画	老人福祉法 (第20条の8第1項)	老人居宅生活支援事業及び老人福祉施設による事業の供給体制の確保に関する計画
介護保険事業計画	介護保険法 (第117条第1項)	基本指針に即して、3年を1期とする介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画

3 計画期間

本計画の計画期間は、令和3年度から令和5年度までの3か年とします。

本計画は、団塊世代が後期高齢者に到達する令和7年(2025年)の高齢者のあるべき姿と、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年(2040年)を見据えた計画とし、中長期的な視点に立った施策の展開を図ります。

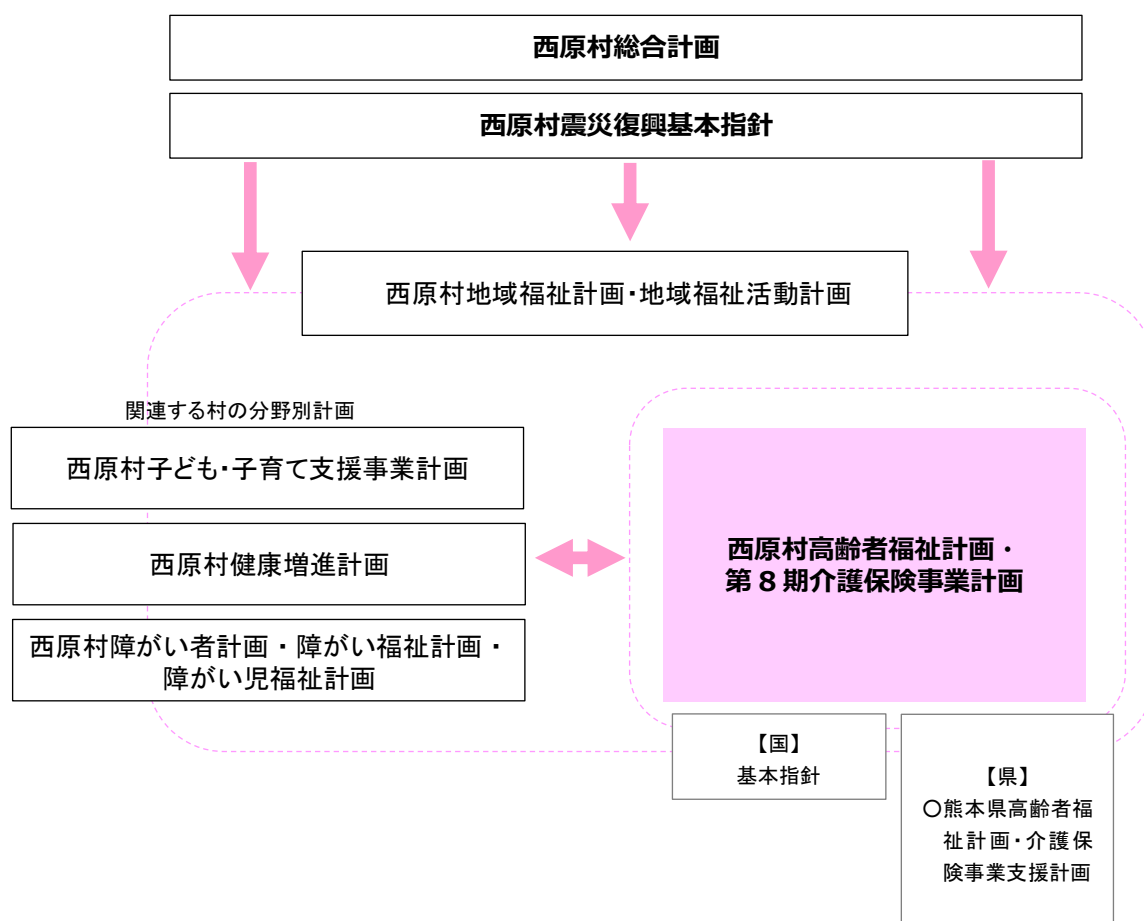


4 他の計画との関係

本計画は、第5次西原村総合計画、西原村震災復興基本指針をはじめ、本村の各種個別事業計画と調和のとれた計画としていきます。また、県が策定する高齢者福祉計画や保健医療計画、地域医療構想との整合性を図りながら策定しています。

また、本計画は、団塊の世代が75歳に到達する令和7年度を見据えた「西原村地域包括ケア計画（令和3年度～5年度）」という位置づけを持ちます。

さらに、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」（平成29年法律第52号）の第117条第2項第3号及び第4号の規定により、介護給付等に要する費用の適正化に関して、市町村が取り組むべき施策に関する事項及びその目標を定めるものとされたことから、「西原村介護給付適正化計画（令和3年度～5年度）」としての位置づけを併せ持つものとしします。



5 計画の策定体制

高齢者に対する保健福祉施策や介護サービスのあり方については、高齢者はもとより、広く住民のニーズを把握し、それを反映させるよう配慮する必要があります。そこで、計画の策定に当たっては、以下のような取組を行いました。

(1) 介護予防日常生活圏域ニーズ調査・高齢者介護実態調査の実施

高齢者ニーズや日常の生活状況・健康状態、在宅の要介護者の介護サービスの利用状況等を把握し、計画策定の基礎資料とするため、令和2年2月に65歳以上の方を対象としたアンケート調査を実施しました。

(2) 西原村地域包括支援センター運営協議会及び高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画策定委員会の実施

保健・医療・福祉関係者、被保険者代表等に委員として参画いただき、「西原村地域包括支援センター運営協議会及び高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画策定委員会」を開催し、幅広い意見の反映に努めました。

(3) 住民意見の募集と計画への反映

計画素案を村のホームページと村の窓口で公表し、令和3年1月から令和3年2月にかけて計画内容全般に関する意見募集を行いました。

6 日常生活圏域の設定

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

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

本計画期間における日常生活圏域についても、これまでと同様に村内を1つの圏域に設定し、地域包括ケアシステムの構築を図っていきます。

第2章 西原村を取り巻く現状

1 高齢者の状況

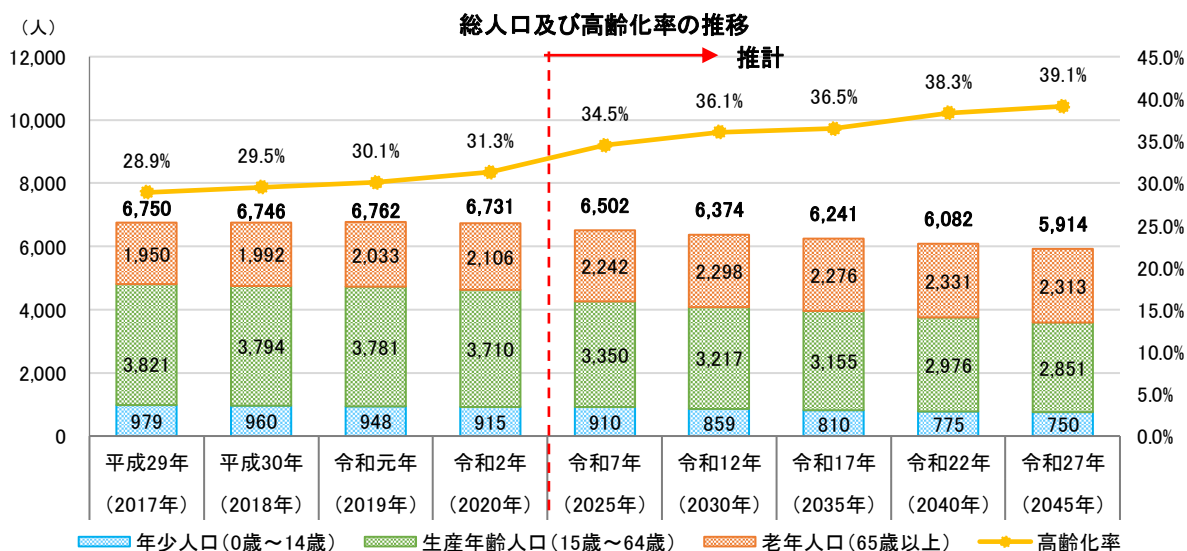
(1) 高齢者の状況

① 総人口及び高齢化率の推移

本村の総人口は、令和2年9月30日現在、6,731人で平成29年と比べて19人の減少となっています。年齢区分別でみると、老年人口は増加していますが、年少人口、生産年齢人口は減少傾向にあります。

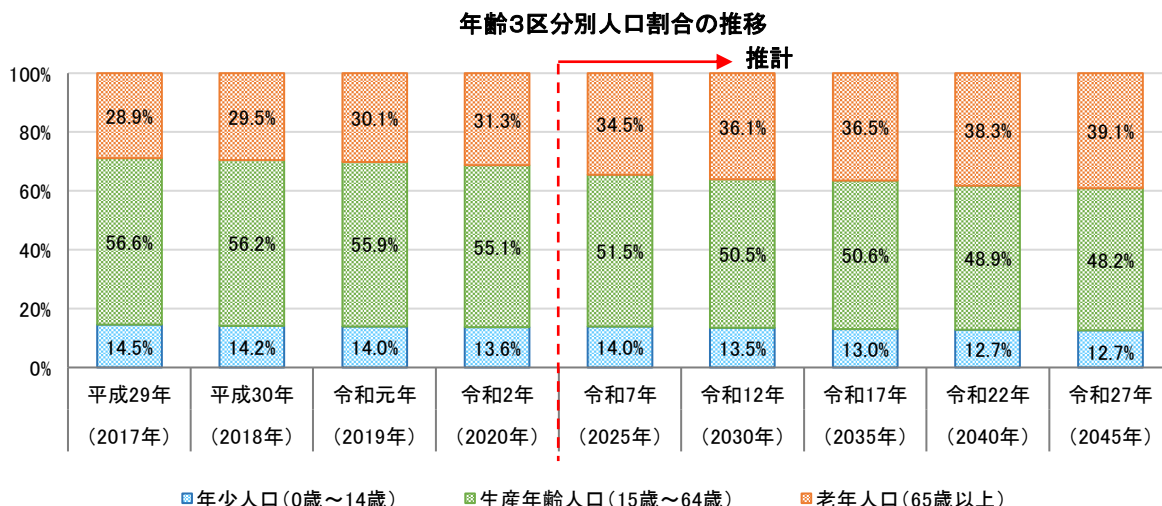
また、高齢化率は31.3%であり、平成29年に比べて2.4ポイント増加しています。

推計では、今後の老年人口は増加傾向にあります。総人口、年少人口、生産年齢人口はいずれも減少傾向が見込まれます。年齢3区分別人口割合をみると、生産年齢人口の減少にともない、老年人口の割合が増加し、令和27年に高齢化率は39.1%になると予測されています。



※小数点以下の処理の場合、年齢不詳者の数により各項目の和と総人口が一致しない場合があります。

(資料:「住民基本台帳」平成29年～令和2年9月30日現在、
国立社会保障・人口問題研究所 令和7年～令和27年「地域別将来推計人口」)

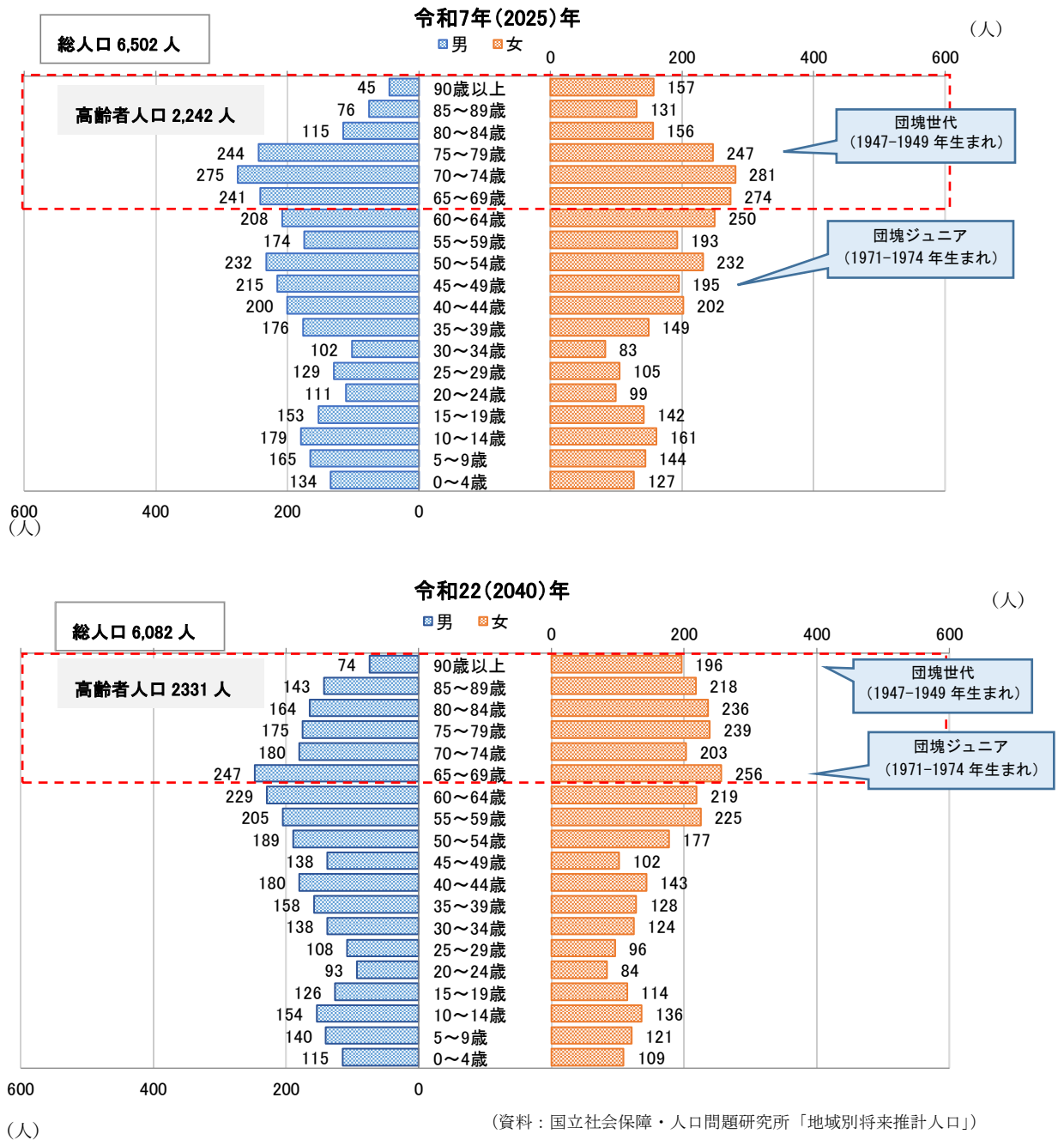


② 5歳階級別人口の推移（人口ピラミッド）

人口ピラミッドの推移をみると、団塊世代が75～79歳の後期高齢者になる令和7(2025)年には、高齢者人口は2,242人となり、総人口の約35%を占めています。

令和22(2040)年には、後期高齢者の人口が最も多くなると予測され、高齢者人口は2,331人となり、総人口の約38%を占めています。

生産年齢人口が減少し、老年人口が増加することにより、今後1人の現役世代（生産年齢人口）が1人の高齢者を支える形になり、医療や介護費などの社会保障費の負担や介護需要の増加が考えられます。



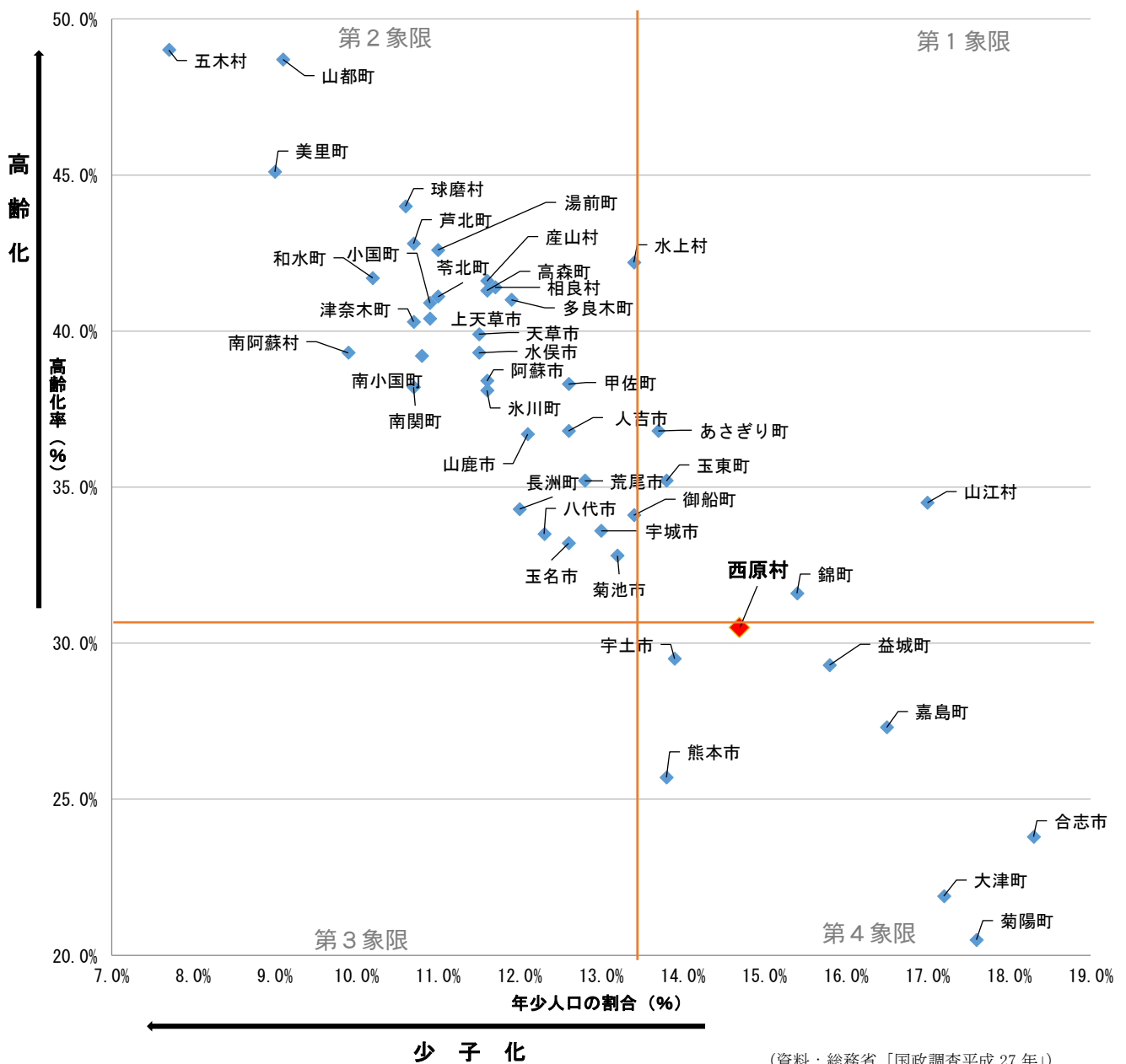
③ 他市町村との少子高齢化状況の比較

県内すべての自治体の人口、年少人口、高齢者人口のデータをもとに、各自治体の年少人口の割合及び高齢化率を算出しました。

県平均値を境として4つの象限に分けると、年少人口の割合が低いと少子化傾向に、高齢化率が高いと高齢化傾向にあるといえます。

このことから、第2象限に当たるエリアに位置する自治体は少子高齢化がより進んだ地域であると考えられます。

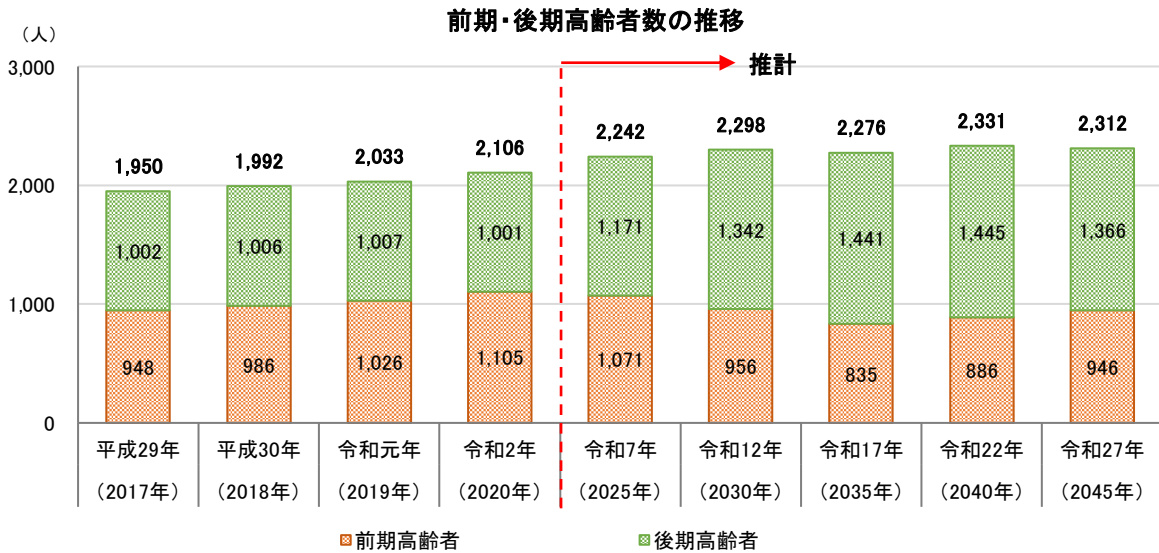
本村は、年少人口の割合が県平均値よりも高く、高齢化率が県平均値より低い位置にあることが分かります。



④ 前期・後期高齢者数の推移

令和2年9月30日時点における本村の65歳以上の高齢者数は、2,106人で平成29年と比べて156人の増加となっています。

推計では、高齢者数は令和22年をピークに大きな変化はありませんが、令和17年、令和22年においては、後期高齢者の占める割合が6割以上と多くなっています。



(資料：総務省 平成17年～平成27年「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所 令和2年～27年「地域別将来推計人口」)

⑤ 高齢者のいる世帯数の状況

高齢者のいる世帯数は、平成27年は1,166世帯で、一般世帯数の約5割を占め、高齢者同居世帯数が27.4%と多くなっています。

平成27年において熊本県・国と比較すると高齢者のいる世帯数は約5ポイント以上高くなっています。

(単位：世帯)

	西原村		熊本県		国	
	平成22年	平成27年	平成22年	平成27年	平成22年	平成27年
一般世帯数	2,218	2,338	686,123	702,565	51,842,307	53,331,797
高齢者のいる世帯数	1,044	1,166	295,609	321,383	19,337,687	21,713,308
構成比	47.1%	49.9%	43.1%	45.7%	37.3%	40.7%
高齢者単身世帯数	191	240	69,111	83,461	4,790,768	5,927,686
高齢者夫婦世帯数	228	286	75,318	86,016	5,250,952	6,420,243
高齢者同居世帯数	625	640	151,180	151,906	9,295,967	9,365,379

※高齢者夫婦世帯とは、夫65歳以上妻60歳以上の夫婦一組の一般世帯。

(資料：総務省「国勢調査」)

⑥ 高齢者の就業状況

平成 27 年の高齢者の就業者数は平成 22 年と比べて増えており、高齢者人口に占める就業者の割合も 3.5 ポイント増加しています。

総就業者に占める高齢者就業者の割合を熊本県と比較すると 3.8 ポイント高くなっています。高齢者の就業を産業分類別にみると、第 1 次産業が約 5 割、第 2 次産業が約 1 割、第 3 次産業が約 4 割を占めています。業種別総数に占める割合でみると、第 1 次産業の「農業」に従事する高齢者の割合が約 6 割と高くなっています。

	総就業者数 (A)	65 歳以上人口 (B)	65 歳以上の就業者数		総就業者に占める高齢者の割合 (C/A)	高齢者人口に占める就業者の割合 (C/B)	
			(C)	65～74 歳			75 歳以上
平成 22 年	3,560	1,698	511	327	184	14.4%	30.1%
平成 27 年	3,679	1,883	632	431	201	17.2%	33.6%
平成 27 年(県)	834,257	511,484	112,218	85,509	26,709	13.4%	21.9%

【平成 27 年】 産業分類別		総就業者人口		65 歳以上就業者人口		
		人数(A)	構成割合	人数(B)	構成割合	業種別総数に占める割合(B/A)
総数		3,679	100.0%	632	100.0%	
第 1 次	農業	574	15.6%	325	51.4%	56.6%
	林業	8	0.2%	2	0.3%	25.0%
	漁業	1	0.0%	0	0.0%	0.0%
	小計	583	15.8%	327	51.7%	
第 2 次	鉱業・砕石業など	0	0.0%	0	0.0%	0.0%
	建設業	332	9.0%	49	7.8%	14.8%
	製造業	621	16.9%	33	5.2%	5.3%
	小計	953	25.9%	82	13.0%	
第 3 次	電気・ガス・熱供給・水道業	8	0.2%	0	0.0%	0.0%
	情報通信業	36	1.0%	0	0.0%	0.0%
	運輸・郵便業	171	4.6%	16	2.5%	9.4%
	卸売・小売業	464	12.6%	59	9.3%	12.7%
	金融・保険業	37	1.0%	3	0.5%	8.1%
	不動産業・物品賃貸業	53	1.4%	12	1.9%	22.6%
	学術研究・専門・技術サービス業	75	2.0%	4	0.6%	5.3%
	宿泊業・飲食サービス業	190	5.2%	37	5.9%	19.5%
	生活関連サービス業・娯楽業	143	3.9%	22	3.5%	15.4%
	教育・学習支援業	104	2.8%	5	0.8%	4.8%
	医療・福祉	459	12.5%	23	3.6%	5.0%
	複合サービス事業	45	1.2%	1	0.2%	2.2%
	サービス業(他に分類されないもの)	195	5.3%	38	6.0%	19.5%
	公務(他に分類されるものを除く)	154	4.2%	3	0.5%	1.9%
	小計	2,134	58.0%	223	35.3%	

(資料：総務省「国勢調査」)

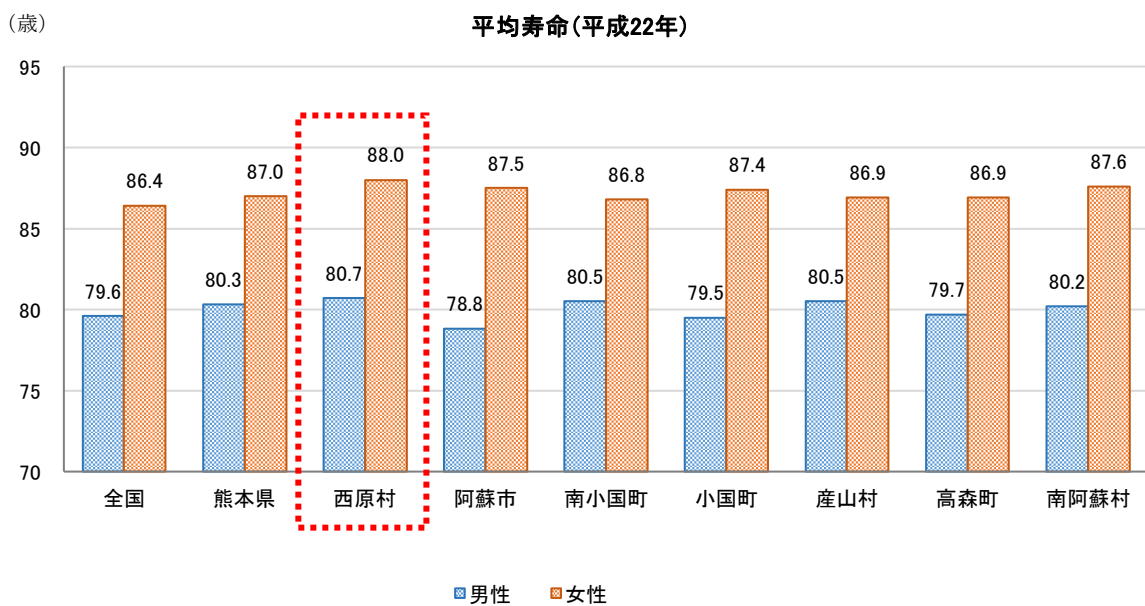
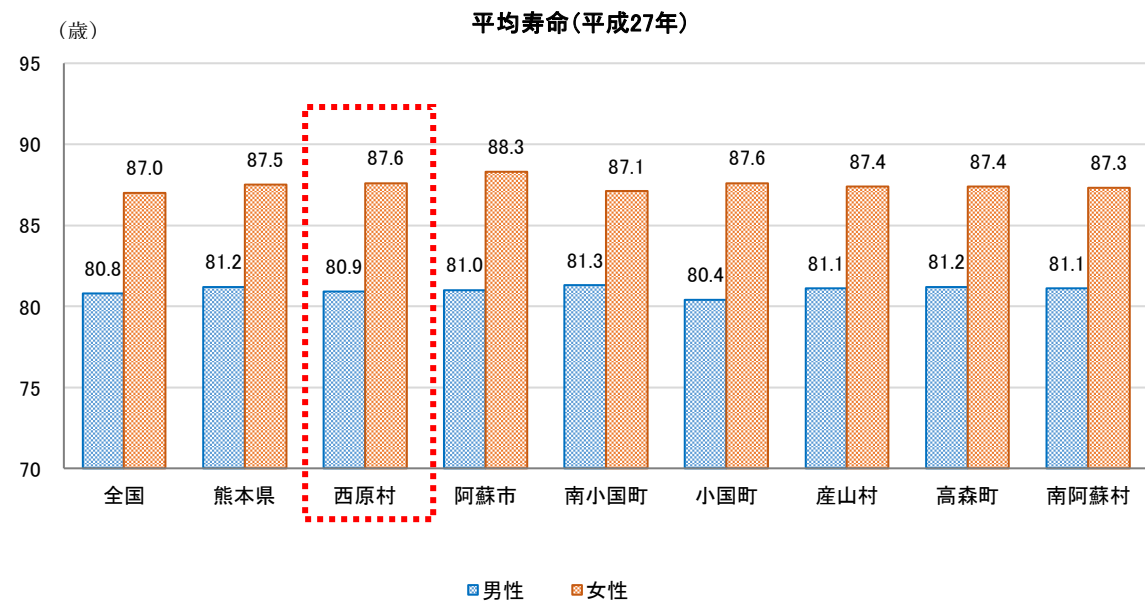
⑦ 平均寿命

平均寿命は、平成27年には男性が80.9歳、女性が87.6歳になり女性が男性より6.7歳長くなっています。

全国、熊本県と比較すると、男性、女性共に高くなっています。

近隣市町村と比較すると、男性は小国町の次に低く、一方、女性は阿蘇市の次に高くなっています。

平成22年と比較すると、男性で0.2歳長く、女性で0.4歳短くなっています。



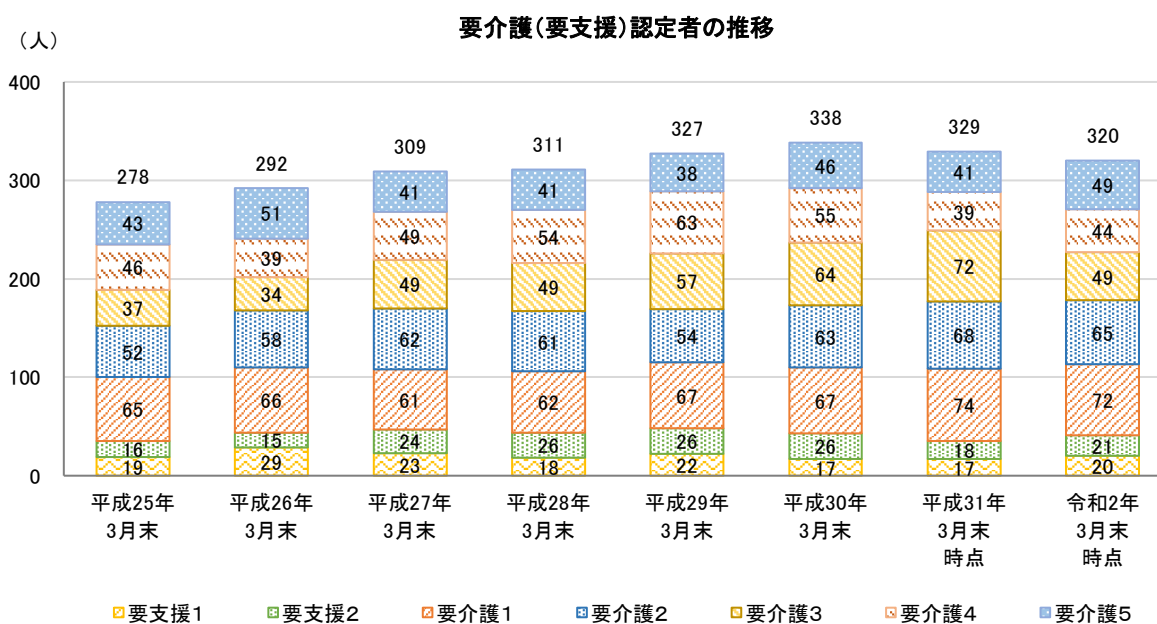
(資料：厚生労働省「市区町村別生命表」)

(2) 要介護（要支援）認定者の推移

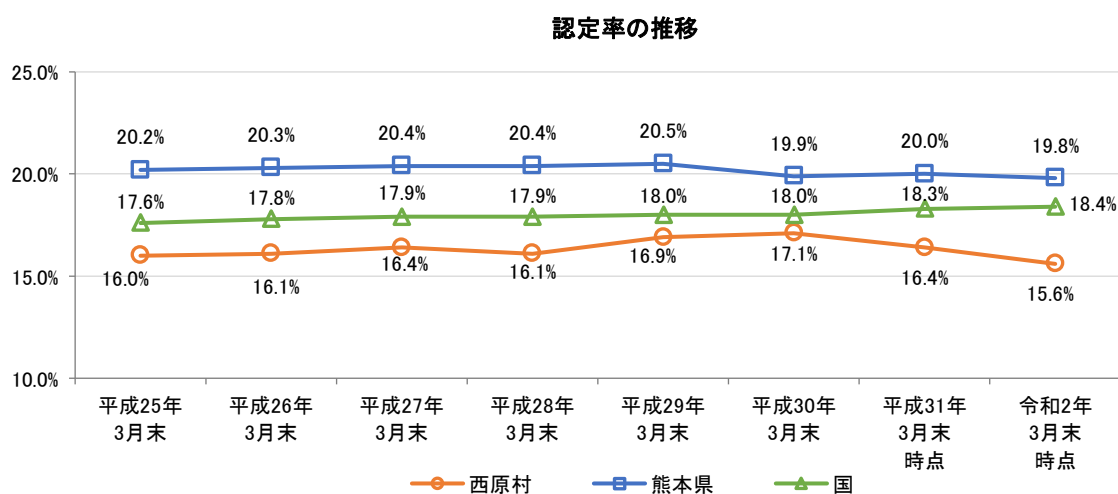
① 要介護（要支援）認定者・認定率の推移

要介護・要支援者数は平成30年3月末をピークに微増減を繰り返しています。

令和2年3月末には320人で、平成25年3月末と比べて42人の増加となっています。介護度別にみると、令和2年3月末では要介護2、要介護3は10人以上の増加がみられます。また、認定率は令和2年3月末で15.6%と減少傾向にあり、熊本県、国より低く推移しています。



(資料：厚生労働省 平成24年度から平成29年度「介護保険事業状況報告」年報、平成30、令和元年度「介護保険事業状況報告」3月月報)



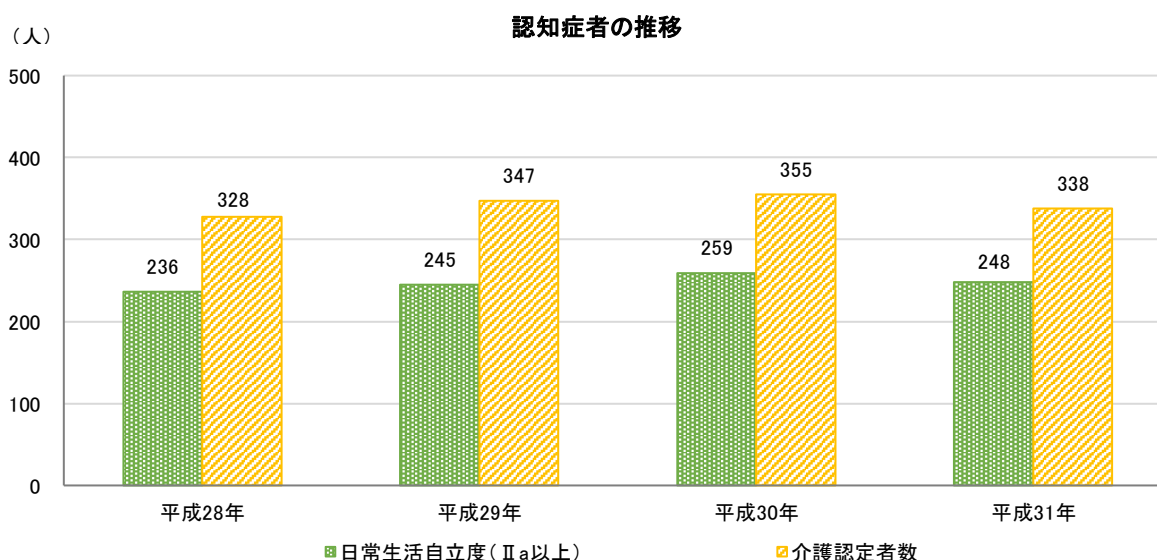
(資料：厚生労働省 平成24年度から平成29年度「介護保険事業状況報告」年報、平成30、令和元年度「介護保険事業状況報告」3月月報)

(3) 認知症の状況

① 要介護(要支援)認定において認知症者の推移

平成31年の要介護(要支援)認定において認知症の症状がある人は248人となり、平成28年の236人から12人の増加となっています。

要介護認定を受けている約7割に認知機能の低下がみられます。



(資料：各年3月末現在)

② 要介護区分別認知症日常生活自立度

平成31年3月の要介護区分別認知症日常生活自立度をみると、「自立」が27人、ほぼ自立の「Ⅰ」が63人となっています。

また、誰かが注意していれば自立ができる「Ⅱa」が19人、「Ⅱb」が111人、介護を必要とする「Ⅲa」が72人、「Ⅲb」が16人、常に介護を必要とする「Ⅳ」が29人、専門医療を必要とする「M」が1人となっています。

平成31年3月では「Ⅱa」から「M」の割合が、要支援1・2は1割前後であるのに対し、要介護1以上は7割以上と高く、要介護度が重くなるほど自立度が低く症状も重くなっています。

認知症の症状が見られる「Ⅱa」から「M」の割合は、平成31年3月で認定者全体の73.3%(248人/338人)となり、平成28年3月の72.0%(236人/328人)と比べて大きな差はみられません。

要介護区分別認知症日常生活自立度（平成 31 年 3 月分）

（人）

	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	総数
要支援 1	6	10	2	0	0	0	0	0	18
要支援 2	12	8	0	2	0	0	0	0	22
要介護 1	2	16	11	43	1	0	0	0	73
要介護 2	6	13	4	30	16	0	0	0	69
要介護 3	0	8	2	25	27	9	2	0	73
要介護 4	0	7	0	7	14	3	9	0	40
要介護 5	1	1	0	4	14	4	18	1	43
総数	27	63	19	111	72	16	29	1	338

（資料：平成 31 年 3 月末現在）

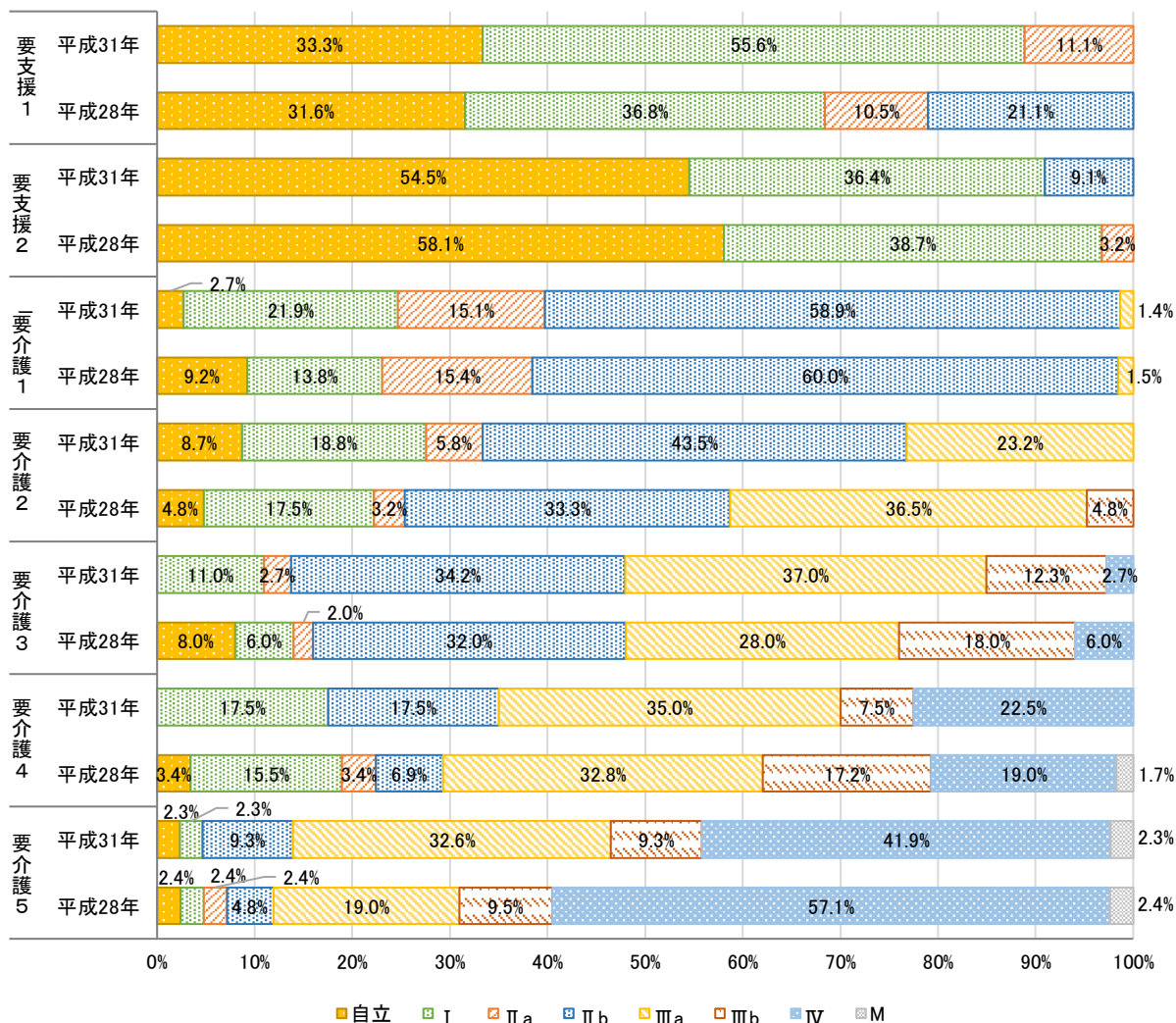
要介護区分別認知症日常生活自立度（平成 28 年 3 月分）

（人）

	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	総数
要支援 1	6	7	2	4	0	0	0	0	19
要支援 2	18	12	1	0	0	0	0	0	31
要介護 1	6	9	10	39	1	0	0	0	65
要介護 2	3	11	2	21	23	3	0	0	63
要介護 3	4	3	1	16	14	9	3	0	50
要介護 4	2	9	2	4	19	10	11	1	58
要介護 5	1	1	1	2	8	4	24	1	42
総数	40	52	19	86	65	26	38	2	328

（資料：平成 28 年 3 月末現在）

要介護区分別認知症日常生活自立度比較(平成28年・平成31年)



※認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

- I 何等かの認知症は有するが、日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している
- II a 家庭外で日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる
- II b 家庭内でも日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる
- III a 日中を中心として、日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする
- III b 夜間を中心として、日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする
- IV 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする
- M 著しい精神症状や問題行為あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする

(4) 介護サービスの利用状況

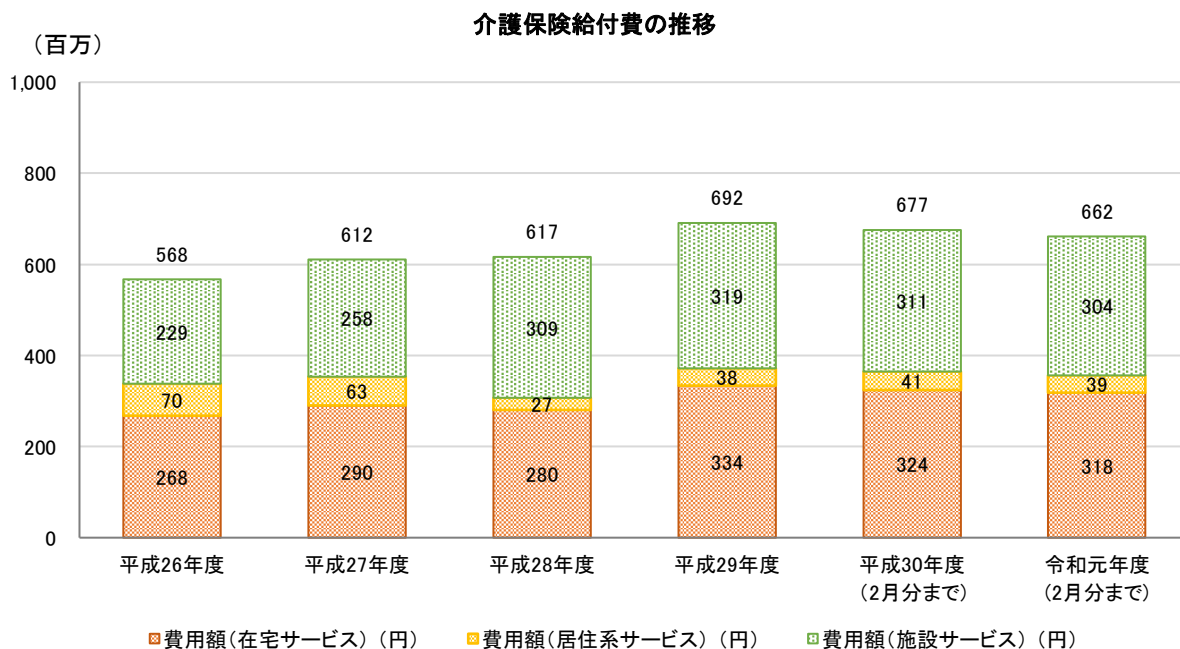
① 介護保険給付費の推移

介護保険給付費は、平成 29 年度をピークに増減を繰り返しています。

サービス分類別で見ると、平成 26 年度と比べて、在宅サービス費、施設サービス費は増加傾向にありますが、居住系サービス費は減少傾向となっています。

第 1 号被保険者 1 人 1 月あたり費用額は、令和元年度約 26,620 円となり、平成 26 年度の約 24,914 円と比べて、1,706 円多くなっています。

熊本県、全国と比べると、熊本県平均より約 230 円、全国平均より約 2,480 円高くなっています。



(資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報)
(平成 30 年度、令和元年度「介護保険事業状況報告 (月報)」の 12 箇月累計)

(円)

	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和 元年度
第 1 号被保険者 1 人 1 月あたり 費用額(西原村)	24,914	26,149	26,291	28,805	27,698	26,620
第 1 号被保険者 1 人 1 月あたり 費用額(熊本県)	26,028	25,945	25,883	26,230	26,057	26,395
第 1 号被保険者 1 人 1 月あたり 費用額(全国)	22,878	22,926	22,966	23,238	23,528	24,138

2 アンケート調査結果

(1) 調査目的

令和元年度に65歳以上の一般高齢者・総合事業対象者・要支援認定者の日常生活の実態や保健・福祉サービス並びに介護保険サービスに対するニーズを把握し、本村の実情に応じた老人福祉計画及び介護保険事業計画を策定する上で、必要となる基礎資料を得ることを目的として実施しました。

(2) 調査期間

令和2年2月13日（木）～令和2年3月7日（土）

(3) 調査対象

65歳以上の一般高齢者・総合事業対象者・要支援認定者から1,000名を無作為抽出

(4) 調査方法

郵送発送・回収による調査

(5) 回収結果

配布数	有効回収数	有効回収率
1,000件	688件	68.8%

(6) 主な調査結果

① 介護・介助の必要性について

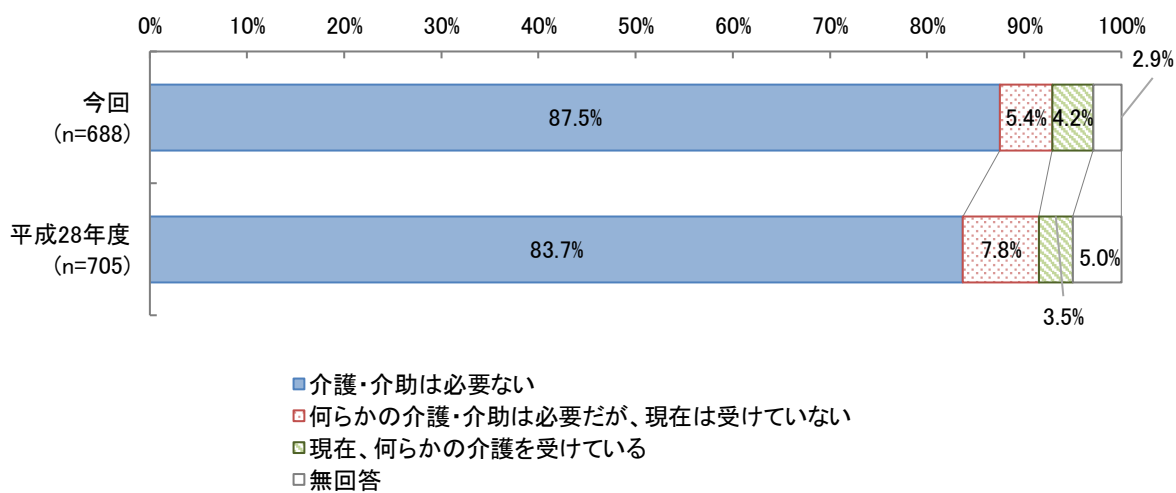
設問【1-(2)】

・あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか。(単数回答)

【前回調査との比較】

- 「介護・介助は必要ない」が微増↑

【介護・介助の必要性】

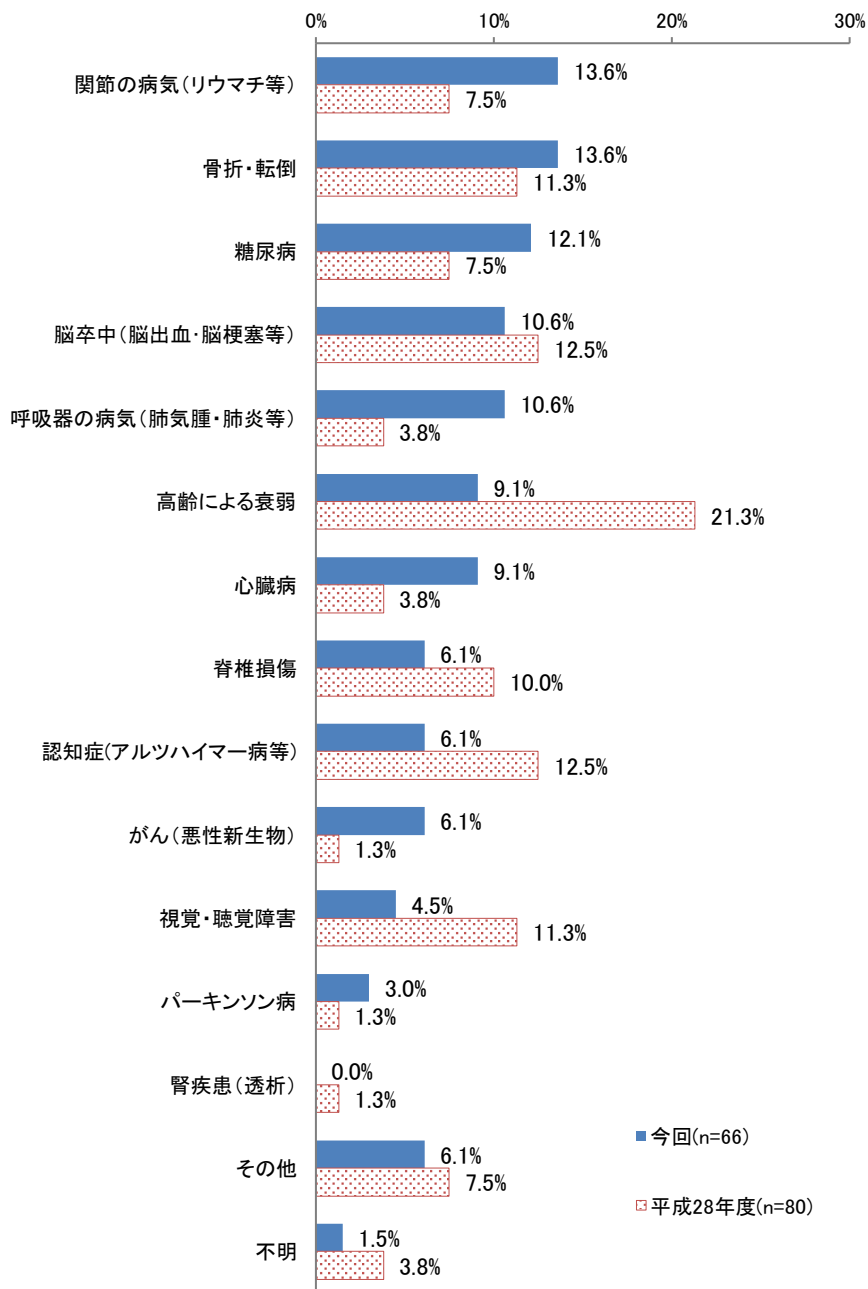


設問【問1-(2)-①】

・介護・介助が必要になった主な原因は何ですか。(複数回答)

【前回調査との比較】

- 関節の病気（リウマチ等）が6.1ポイント増加↑
- 呼吸器の病気（肺気腫・肺炎等）が6.8ポイント増加↑
- 高齢による衰弱が12.2ポイント減少↓
- 認知症（アルツハイマー病等）が6.4ポイント減少↓

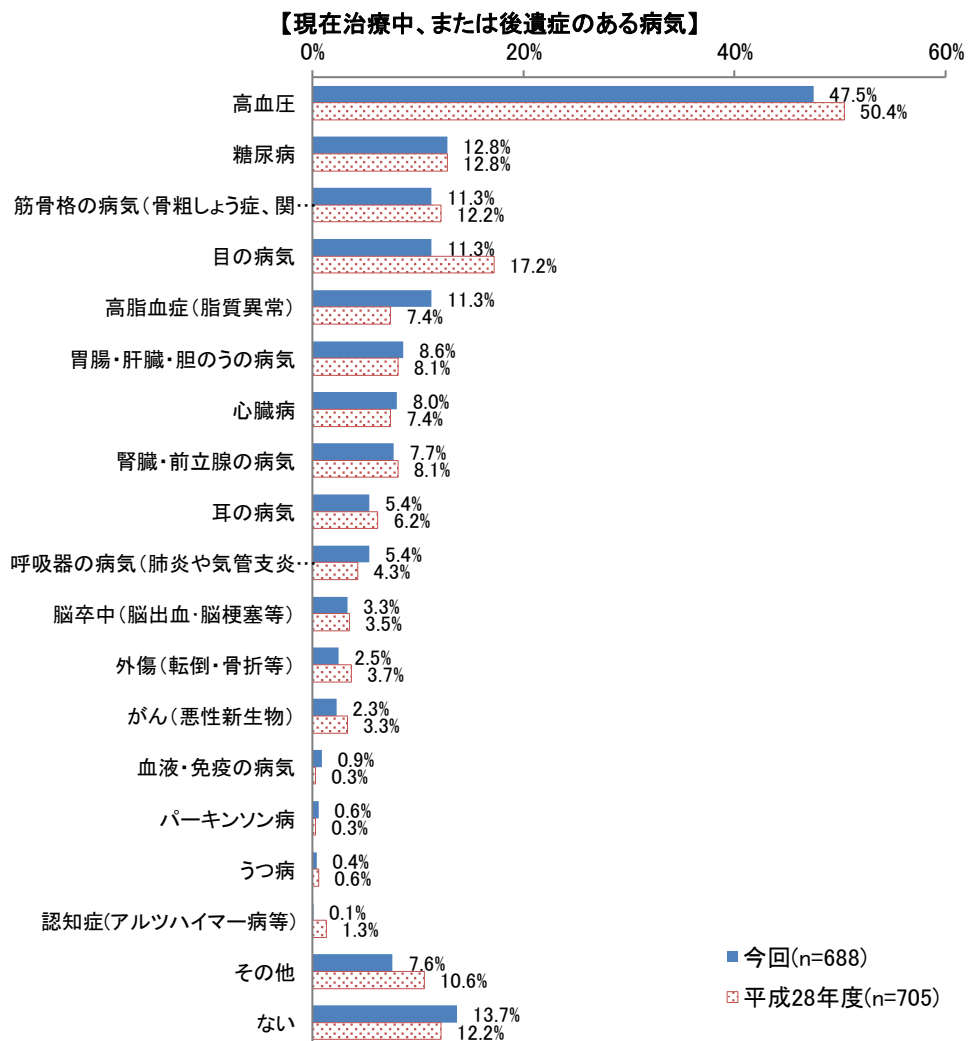
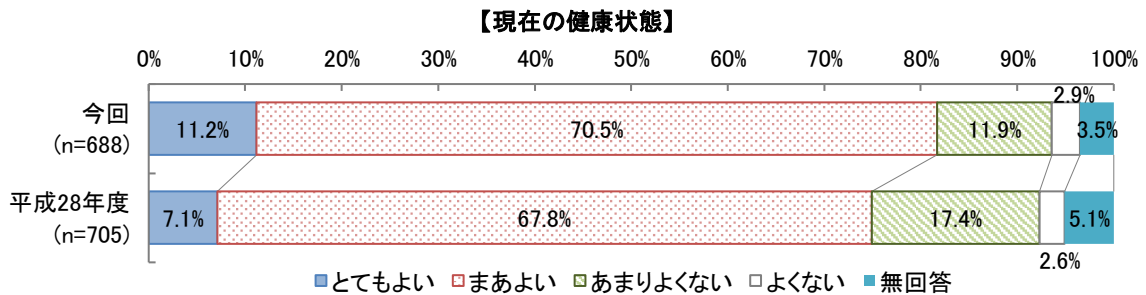


② 現在の健康状態について

設問【問7-(1)、問7-(7)】

- ・現在のあなたの健康状態はいかがですか。(単数回答)
- ・現在治療中、または後遺症のある病気はありますか(複数回答)

- 「概ねよい(とてもよい+まあよい)」は約8割となっています。
- 現在治療中、または後遺症のある病気については、約5割が「高血圧」と回答し、前回調査と同様に最も多くなっています。



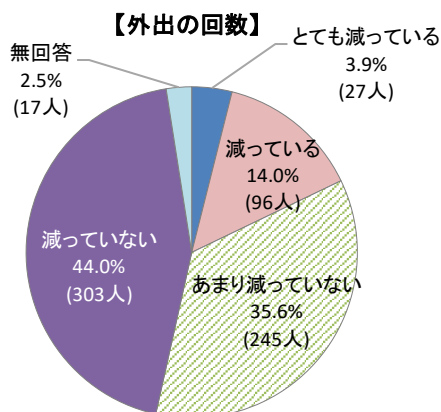
(3) 外出について

設問【問2-(7)】

・昨年と比べて外出の回数が減っていますか。(単数回答)

- 「とても減っている」と「減っている」を合わせると約2割となっています。

(n=688)



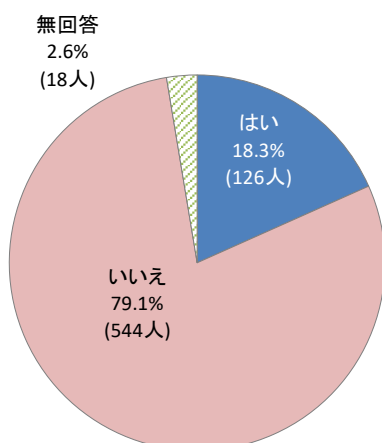
設問【問2-(8)】【問2-(8)①】

- ・外出を控えていますか。(単数回答)
- ・外出を控えている理由は何ですか。(複数回答)

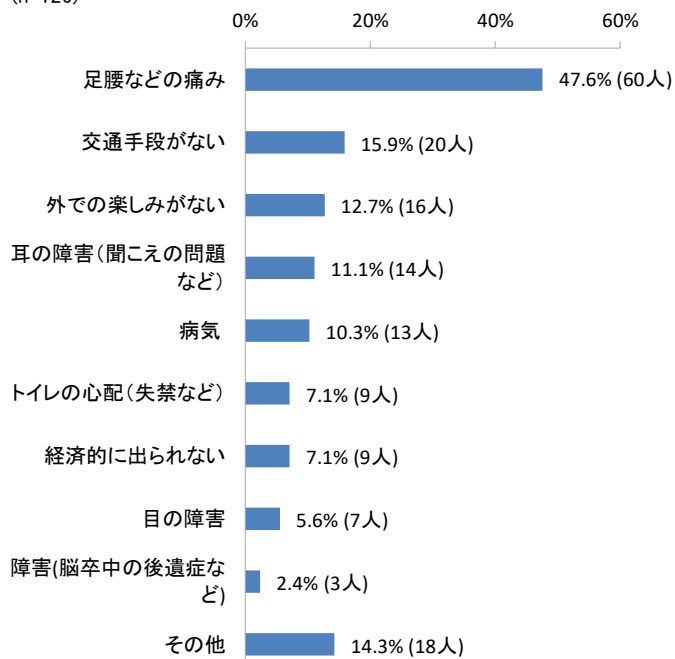
- 「はい(外出を控えている)」は約2割となっています。
- 足腰などの痛みが約5割で最も多くなっています。

(n=688)

【外出の控えについて】



(n=126)



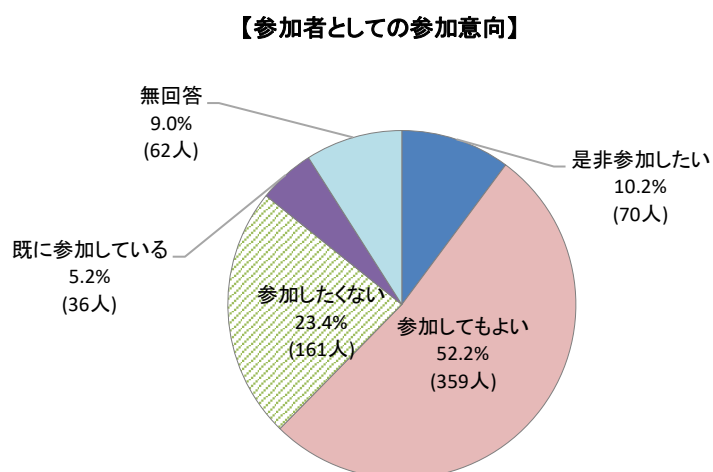
(4) 地域での活動について

設問 【問5-(2)】【問5-(3)】

- ・地域活動へ参加者として参加したいですか。(単数回答)
- ・地域活動へお世話役として参加したいですか。(単数回答)

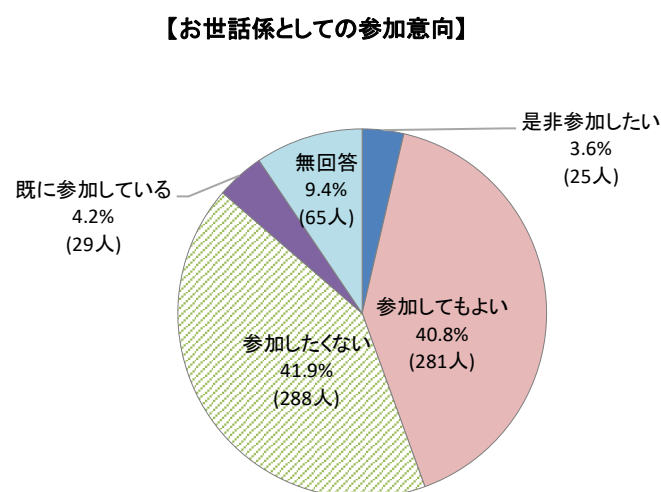
●「参加したい（是非参加したい+参加してもよい）」は約6割となっています。

(n=688)



●「参加したい（是非参加したい+参加してもよい）」は約4割となっています。

(n=688)



(5) 認知症について

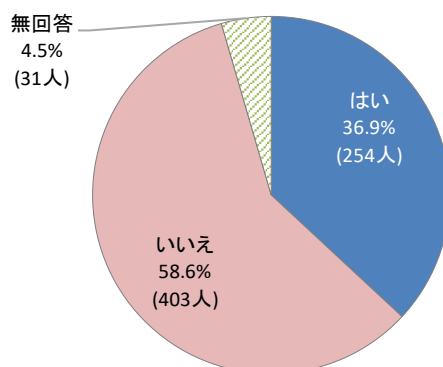
設問【問8-(2)】

・認知症に関する相談窓口を知っていますか。(単数回答)

- 「はい」は約4割、「いいえ」は約6割となっています。

(n=688)

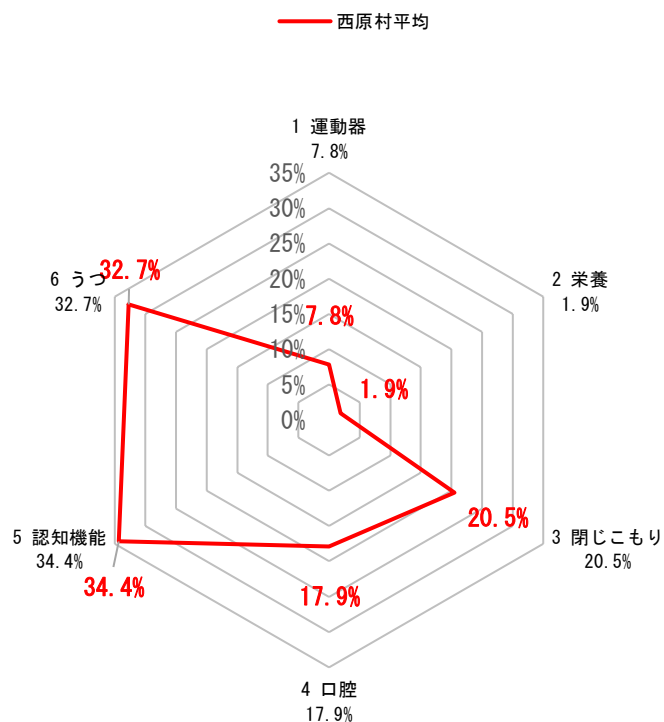
【認知症に関する相談窓口の認知度】



(6) 介護リスク分析（生活機能評価）について

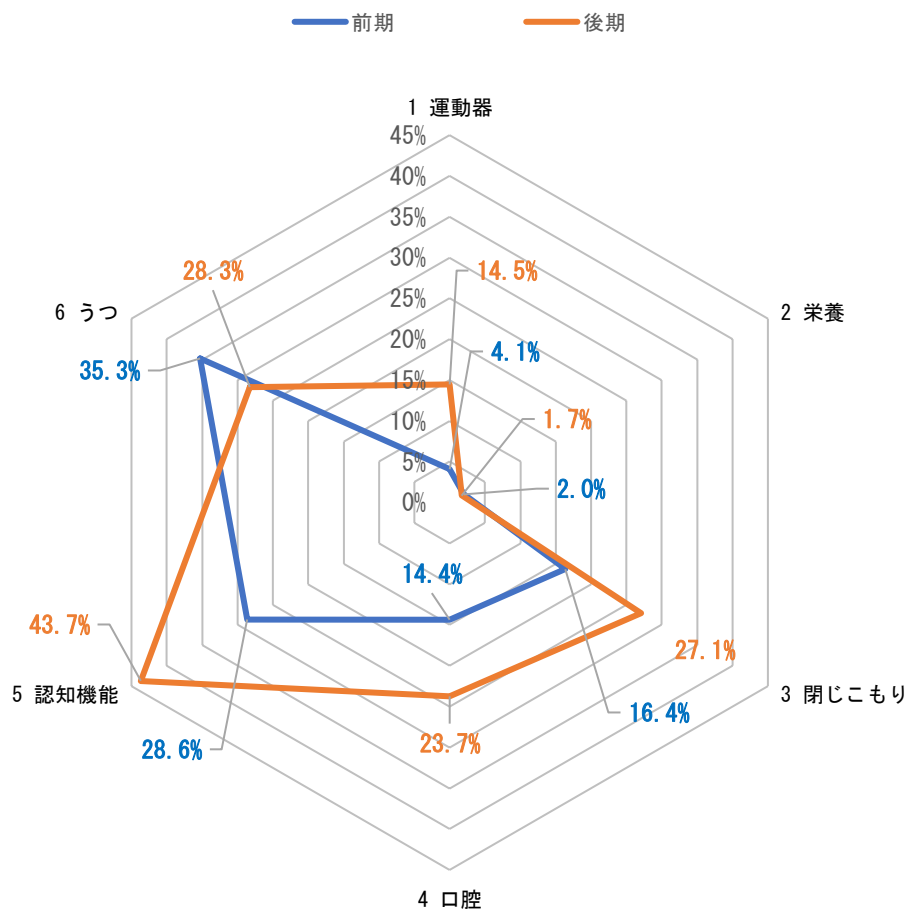
【西原村全体】

- 介護リスクが最も高い項目は、「認知機能」となっています。



【西原村全体/前期・後期高齢者別】

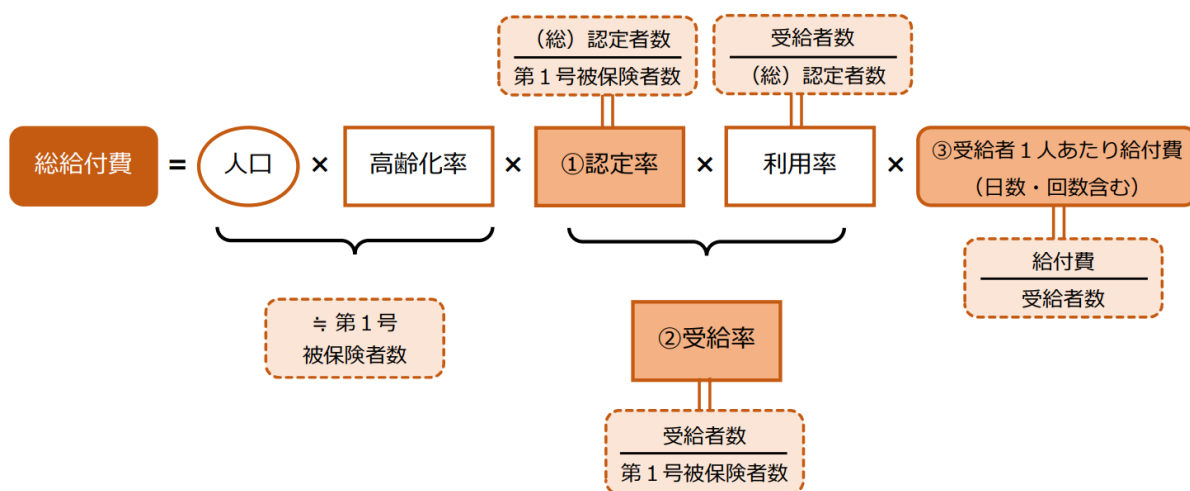
- 年齢別の介護リスク分析（生活機能評価）の割合をみると、後期高齢者がほとんどの項目で高い割合となり、「認知機能」においては前期高齢者との差異が大きくなっています。
- 「うつ」においては、後期高齢者より前期高齢者の占める割合が高くなっています。



3 介護給付分析

① 調査目的

「人口及び高齢化の動向を踏まえた上で、「①認定率」、「②受給率」、「③受給者1人あたりの給付費」について、国、県や他団体等との比較を行うことで、介護保険給付費に係る本村の地域特徴を把握・分析し、第7期介護保険事業計画の分析を補完するものとします。

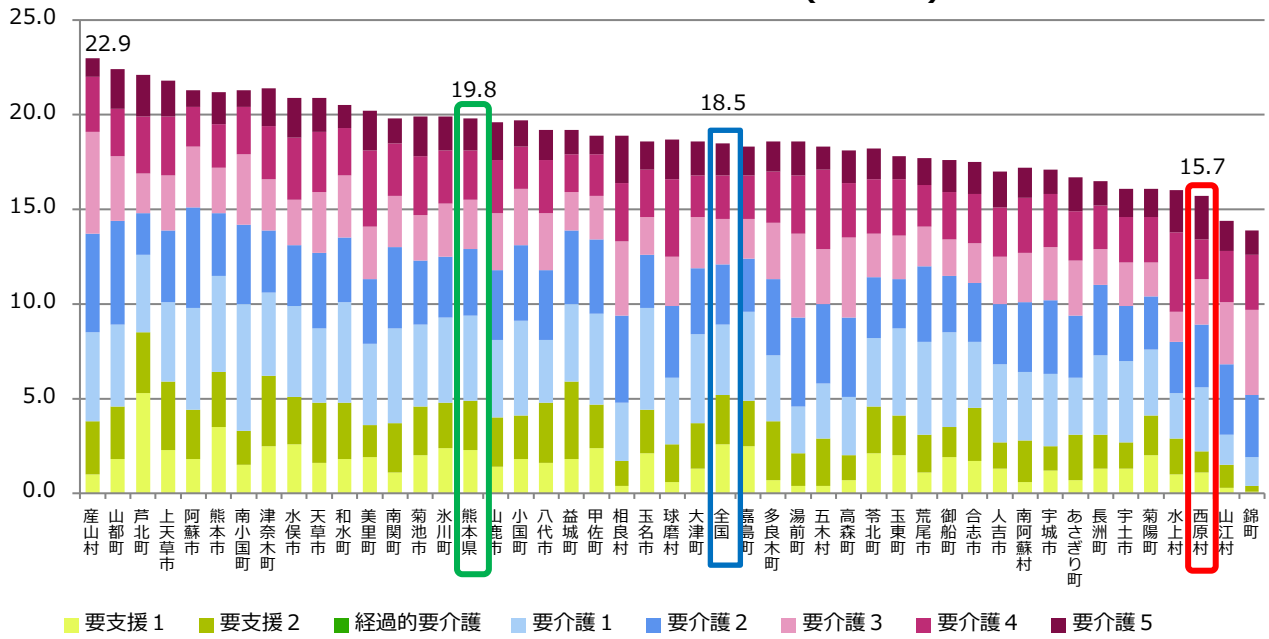


- 総給付費は「人口」×「高齢化率」×「認定率」×「利用率」×「受給者1人あたりの給付費」の掛け算で成り立ちます。このうち「人口」×「高齢化率」の値は、概ね第1号被保険者数と見なせます。
- 認定率は「認定者数」/「第1号被保険者数」、利用率は「受給者数」/「認定者数」、受給者1人あたりの給付費は「給付費」/「受給者数」であり、受給率は「受給者数」/「第1号被保険者数」、つまり「認定率」×「利用率」です。

【まとめ】

- ① 現在、高齢者世帯等の割合は、全国および県平均と比較すると同等となっています。今後、人口減少が進む中、高齢者人口においては増加が見込まれます。高齢者独居世帯や高齢者夫婦世帯では、老老介護や家族等の介護が見込めない可能性があることから、在宅生活を支える支援や介護サービスなど不足する資源等を把握し、必要に応じて整備を検討する必要があります。
- ② 認定率は平成 30 年度までは上昇傾向にありましたが、平成 30 年度以降は減少傾向にあり、現在、全国平均（18.5%）および県内平均（19.8%）を大きく下回っています（15.6%）。この背景として、一般介護予防事業の一つである「スーパーサロン」や、専門スタッフ指導の下で取り組んでいる「たいぎゃよか体操」など、介護予防・重度化防止の取組の効果が出ているものと考えられます。
- ③ 受給率については、施設サービスでは、全国・県内平均よりも高いが、居住系サービス・在宅サービスにおいては、全国・県内平均を下回っています。また、調整済み第 1 号被保険者 1 人あたり給付月額については、施設および居住系サービス調整給付月額が全国・県内平均よりも高くなっている状況です。
- ④ 受給者 1 人あたりの給付月額をサービス別で見ると、通所介護においては県内の市町村で最も高く、短期入所生活介護、地域密着型通所介護が高くなっています。また、通所介護においては、受給者 1 人あたりの利用日数・回数においても県内で最も高くなっていることから、サービス利用ニーズの高さが伺えます。
- ⑤ 今後についても、介護保険サービスにおいて、サービス供給量がサービスの質の低下に繋がらないよう、事業所の運営状況の確認・指導を継続するとともに、地域包括ケアシステムを推進し、自立支援・重度化防止の取組の継続や、適正な要支援・要介護認定に努める必要があります。

認定率（要介護度別）（令和2年(2020年)）



(時点) 令和2年(2020年)

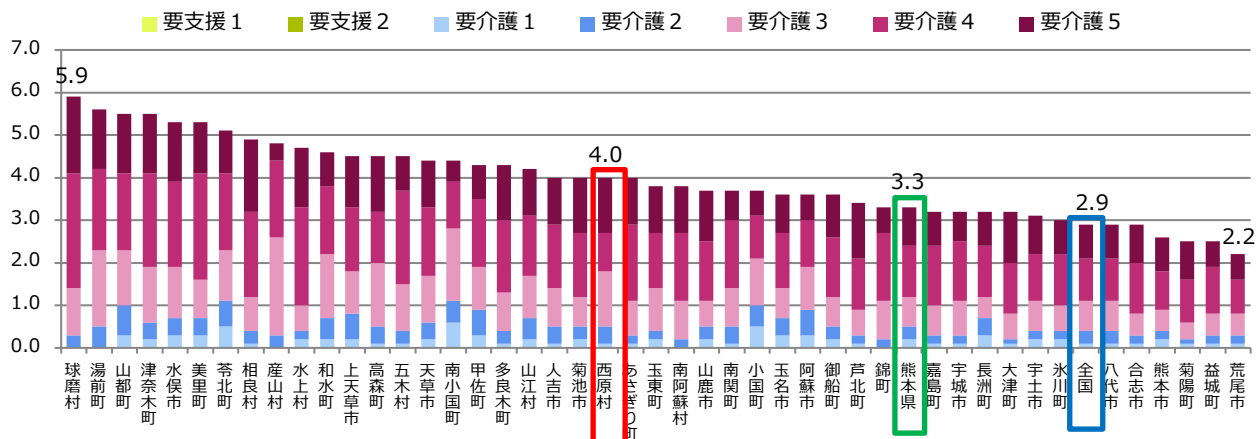
(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（平成30,令和元,2年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）

【状況】

- ・西原村の認定率は、全国・県内平均よりも大きく下回っている

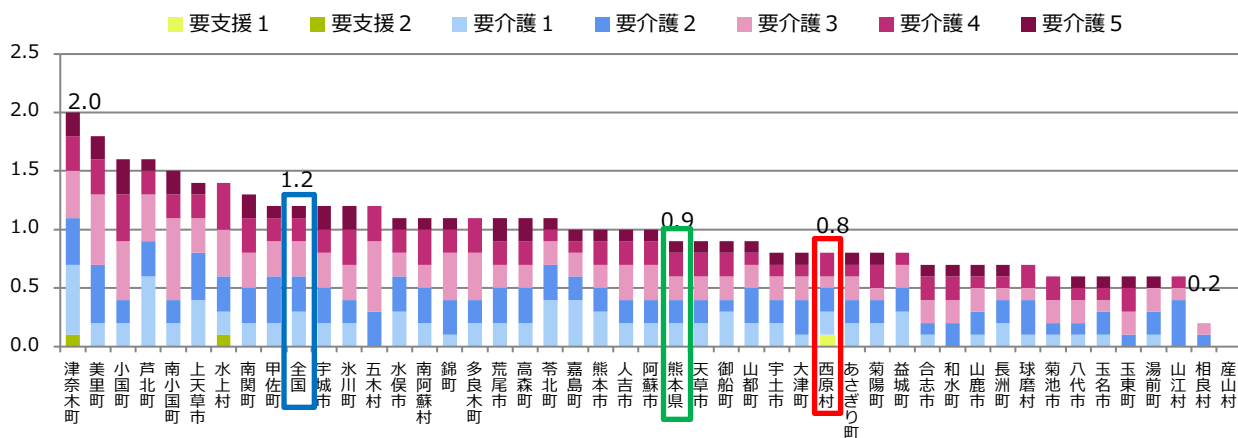
(3) サービス系別受給率

受給率（施設サービス）（要介護度別）



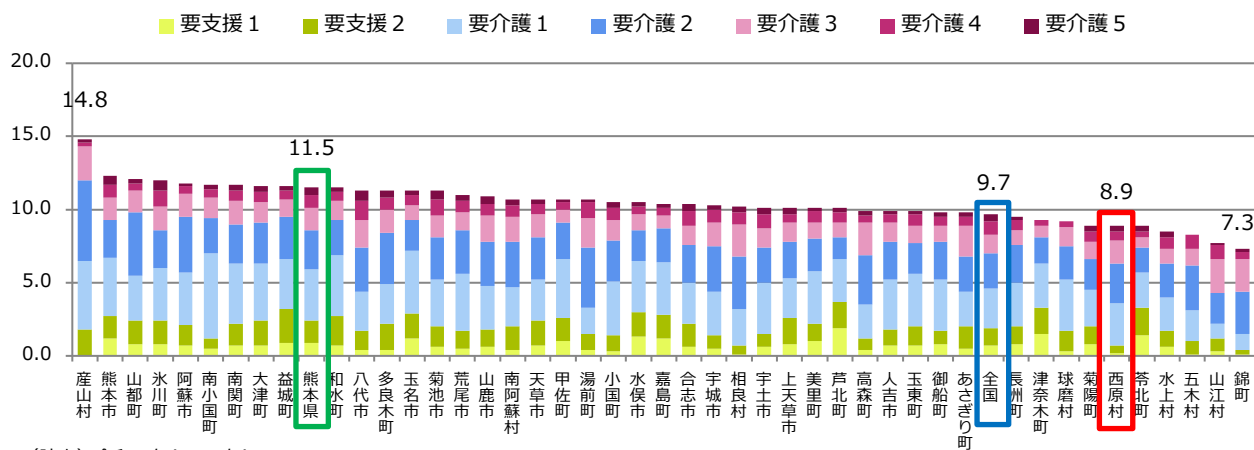
(出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（平成30,令和元年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）
 (時点) 令和元年(2019年)

受給率（居住系サービス）（要介護度別）



(時点) 令和元年(2019年)
 (出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（平成30,令和元年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）

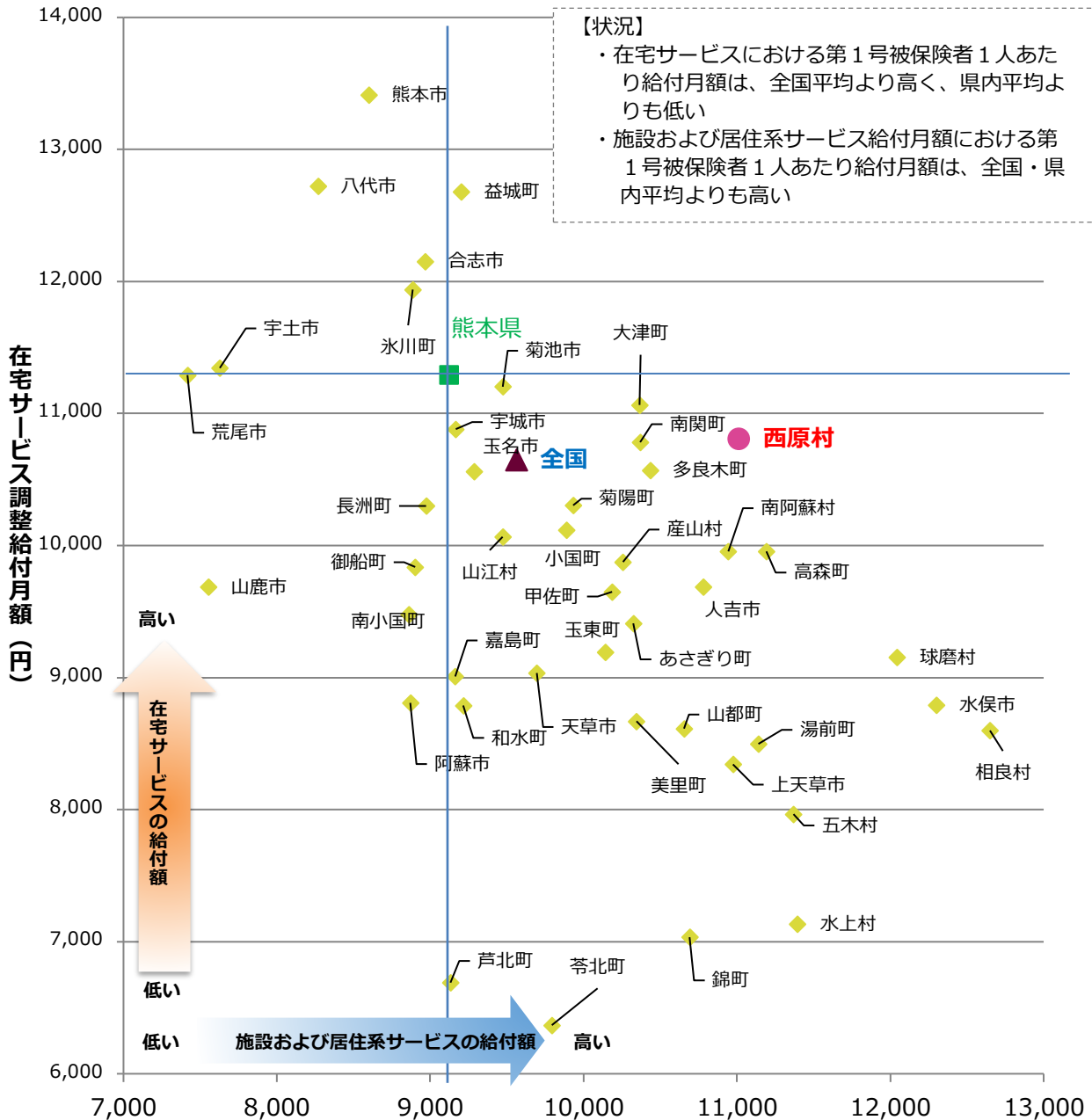
受給率（在宅サービス）（要介護度別）



(時点) 令和元年(2019年)
 (出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（平成30,令和元年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）

(4) 調整済み第1号被保険者1人あたり給付月額(在宅サービス・施設および居住系サービス)

調整済み第1号被保険者1人あたり給付月額(在宅サービス・施設および居住系サービス)(平成29年(2017年))



施設および居住系サービス調整給付月額(円)

(時点) 平成29年(2017年)

(出典) 「介護保険総合データベース」および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」

第3章 計画の基本的考え方

1 基本理念

平成8年以降、転入数が転出数を上回る転入超過で推移している本村の総人口ですが、今後は転入してきた方の高齢化が進み、高齢者人口、高齢化率ともに増加していくことが予測されます。

また、熊本地震からの災害復旧はもちろんのこと、災害公営住宅の建設と住宅の再建など、生活の拠点づくりを最優先に、第5次西原村総合計画で掲げていた「住みやすいむら」「訪れてみたいむら」「みんなでつくるむら」を将来像として、確実な復旧に取り組んできました。

本村の地域包括ケアシステムの構築にあたっては、住まいを中心に、これまで以上に高齢者自らが、健康づくりや介護予防に、主体的かつ積極的に取り組むことができる環境づくりが重要となります。また、元気な高齢者が介護予防をはじめとする地域活動の担い手として、生きがいと役割をもって、地域活動に参加できる仕組みづくりが求められます。

本村では、第5期計画より、「ふれあい、支えあい、生きがいのある元気なむらづくり」を基本理念に掲げ、高齢者施策の推進とサービス基盤の整備を図ってきました。本計画においても、前計画における基本理念を引き継ぎ、その実現に向けた施策の展開を図ることとします。

基本理念

ふれあい、支えあい、生きがいのある

元気なむらづくり

2 地域包括ケアシステムの実現に向けた重点的取組

団塊の世代が75歳以上となる令和7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下、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう、地域包括ケアシステムの構築を図る必要があります。

本村の地域包括ケアシステムの構築にあたっては、熊本地震からの復興とあわせ、自分の健康は自分で守る「自助」と、家族や友人、地域等で支え合う「互助」の強化が最も重要な取組であり、村民の生活を早期回復し、活気ある生活を取り戻すためのシステムとしていくことが求められます。

このため、第8期計画では、「地域の身近な場所における高齢者の通いの場の拡大」、「高齢者のセルフケア・セルフマネジメントの定着や社会参加を促す仕組みづくり」、「住民同士の支え合いによる生活支援サービスの拡大」、「認知症施策の充実」を重点的取組として、地域の多様な機関・組織と連携しながら、展開していきます。

なお、地域包括ケアシステムの構築にあたっては、「自助・互助・共助・公助」の考え方で共生社会の実現を視点として捉え、高齢者自身を含めた地域住民と、ボランティアや事業者、地域の専門職、各種関係機関と行政の協働により、地域社会全体で形成していくものとします。

地域包括ケアシステムの実現に向けた重点的取組

地域の身近な場所における高齢者の通いの場の拡大

高齢者のセルフケア・セルフマネジメントの定着や社会参加を促す仕組みづくり

住民同士の支え合いによる生活支援サービスの拡大

認知症施策の充実

3 基本理念実現のための基本方針

基本方針1 健康づくりと介護予防の推進

本村では、今後、75歳以上にあたる後期高齢者の割合が増加する見込みであり、また団塊ジュニア世代と言われる年齢層の人口も多くなっています。

支援が必要な高齢者が中・長期的に増加することが予想されることから、健康づくりと介護予防事業等を切れ目なく一体的な実施に努めます。特に高齢期においては心身が衰えた状態である「フレイル」への対策が求められており、心と身体の両面から総合的な予防対策を行っていく必要があります。

高齢化の進展により、地域包括ケアシステムの理念を堅持し、高齢者の自立支援や介護予防、重度化防止といった取組を進めるため、保険者としての機能強化を推進します。

基本方針2 在宅生活を支える地域づくり

高齢者が住み慣れた地域での生活を継続できる地域づくりを進めるには、介護サービスや高齢者福祉の充実だけではなく、障がいのある方や子ども、生活困窮者といった、地域に住んでいる全ての人々がともに支え合い、力を発揮できる「地域共生社会」の実現に向けた支援体制の整備や取り組みが求められています。

自らの介護予防・健康増進への取り組みに加え、住民同士がお互いに支え合える体制の整備、公的な介護・福祉サービスの充実など、自助・互助・共助・公助がいずれも欠けることなく互いに連携していくことが重要です。

社会活動に参加することで、自身の役割や生きがいを見出し、日常生活の充実につながるよう、高齢者の方が社会活動に参加しやすい環境づくりに取り組み、世代や分野を超えた介護予防や地域共生社会の実現へとつなげていきます。

基本方針3 包括的支援に向けた体制づくり

身近な範囲での地域づくりを活性化させていくためには、地域の実情に即して支援できる体制を整備していく必要があります。

本村では、地域包括支援センターを設置するとともに、高齢者支援の中核をなす地域包括支援センターの機能の強化を図ってきました。

2025年・2040年を見据え、多職種・関係団体との連携や共同参画機会の確保、地域包括支援センターを中心とした地域活動への支援を行い、地域特性に応じた地域包括ケアシステムの構築を推進します。

要支援・要介護認定者の医療ニーズの高まり等を踏まえ、ケアマネジメントの強化や医療的なケアが必要な人が利用できるサービスの充実などを行うとともに、既存のネットワークの仕組みを活用し、より一層の医療・介護連携の強化を図っていく必要があります。

認知症のケアは、可能な限り早く発見し、早期治療を行うことで症状の進行を抑えることも重要であるため、認知症が疑われる人やその家族への支援を、専門家と連携して行うことが求められます。

国において令和元年（2019年）に示された「認知症施策推進大綱」では「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会」が目指されており、今後、後期高齢者が増加することが見込まれるため、更なる認知症施策を推進します。

基本方針4 住み慣れた地域で生活するための環境づくり

高齢者が地域で暮らしていくためには、生活基盤としての住まいの確保が不可欠であり、地域ニーズに対応した住まいの提供には、保健・医療・介護・生活支援サービスの包括的な支援が必要になります。

多様な選択肢から住まいを選ぶことができるよう、住まいに関する様々な情報提供に努めるとともに、見守りにおける防犯体制の強化や相談支援等、日常生活への支援に努めます。

近年、多くの自然災害が発生し、各地に甚大な被害をもたらしており、高齢者等の災害時要援護者の避難支援体制の整備・充実が喫緊の課題となっています。

災害時に要援護者の迅速かつ円滑な支援が行えるよう、住民の防災意識の向上を図るとともに、高齢者などの要援護者に対する支援体制の整備を図ります。

基本方針5 介護サービスの充実と質の向上

地域包括ケアシステムの深化・推進には、それを担う介護人材の確保が重要ですが、全国的に介護人材の不足が深刻化しています。また、2025年以降は現役世代（介護の担い手）の減少が顕著となることも予測されているため、介護人材の確保は喫緊の課題となっています。

介護人材の確保対策として、介護職員の待遇改善や人材育成、多様な人材の受入などの様々な取り組みを支援するとともに、ICT化による業務の効率化を図り、離職防止、定着促進、生産性向上等の人材不足の解消を図るとともに、介護サービスの質の向上も目指します。

介護を担う専門職への関わりや専門性の更なる向上支援により、介護職の離職防止に努めます。

第4章 基本理念実現に向けた施策の展開

第1節 健康づくりと介護予防の推進

1 健康づくりの支援

介護予防及び生活習慣病の早期発見・予防の一環として、地域で開催されるミニデイサービスに出向き、健康講話や住民健診等の呼びかけを行っています。

住民主体の通いの場として開催されている「スーパーサロン」では「たいぎゃよか体操」を必ず実施してもらい、フレイル予防に取り組んでいます。

高齢者ができるだけ長く、いきいきとした生活を送るためには、要介護状態になる主な原因である生活習慣病の早期発見・予防や、ふれあいいきいきサロンやミニデイサービス、住民主体の通いの場における「たいぎゃよか体操」等の促進に努めます。

(1) 生活習慣病予防対策の推進

疾病の予防・早期発見や自己管理等、健康に関心を持つ機会を提供することで健康維持と疾病予防に繋げ、高齢になっても健康でいきいきとした生活を送ることができる社会づくりに取り組みます。

生活習慣病予防に向けて、適切な食事、適度な運動、禁煙など健康に有益な行動変容を促す特定保健指導及び知識の普及啓発等きめ細やかな支援の充実を図ります。

(2) セルフケアの推進

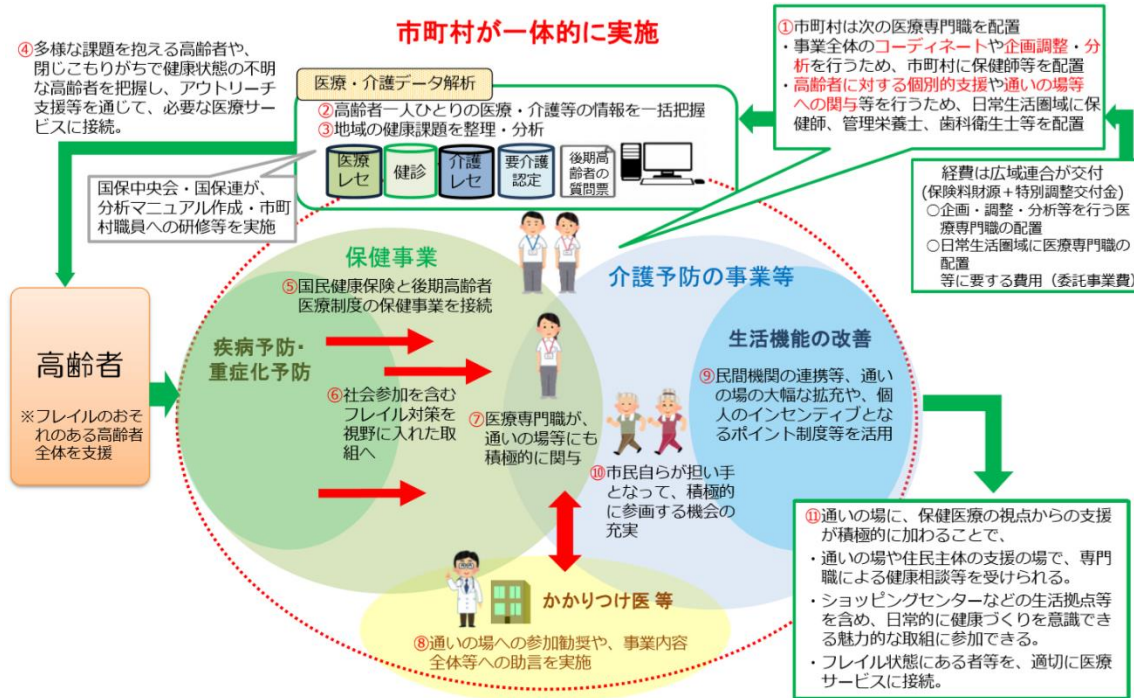
高齢者の心身の状態を改善または維持するために、個人が自己の生活の中で行えるセルフケアの推進を図ります。

病気と治療に関する知識を身に付けることや、自分なりにできる食事療法を学ぶこと、地域や家族の中に自分の役割を見出すことが、高齢者の健康維持と自立に導く上で重要です。

今後も、スーパーサロンやボランティアへの参加を促し、生きがいや楽しみの創出を図るとともに健康診査や健康に関する学習の機会を提供することで、高齢者自身の努力と自己実現を促します。

2 高齢者における保健事業と介護予防の一体的な推進

後期高齢者が増加する中、高齢者一人ひとりに対し、フレイル等の心身の多様な課題に対応したきめ細やかな保健事業を行うため、運動や口腔、栄養、社会参加等の観点から、新たに高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に取り組めます。

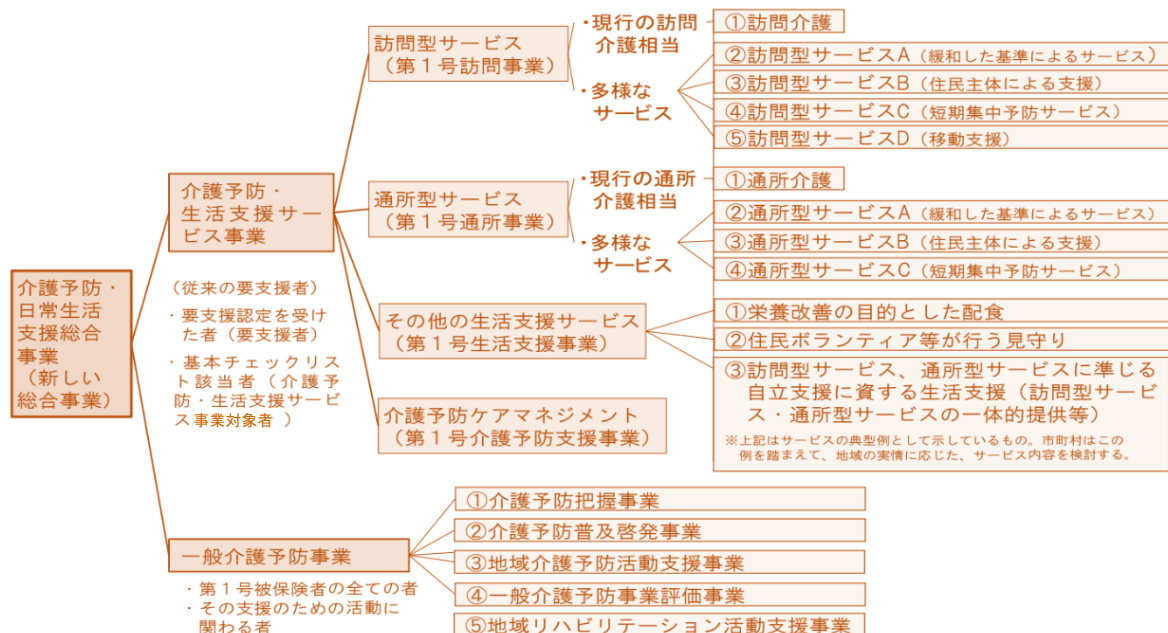


3 介護予防・日常生活支援総合事業の推進

介護予防・日常生活支援総合事業は、介護予防・日常生活支援サービス事業と一般介護予防事業に大きく分かれます。

介護予防・日常生活支援サービス事業としては、これまでどおり、介護の専門職による訪問型サービスと通所型サービスの提供を維持していきます。

また、一般介護予防事業は、介護が必要となる前の段階から予防を行うことにより高齢者の健康と暮らしの質の向上を目指すものであり、本村では、引き続き「スーパーサロン」の支援に力を入れて取り組んでいきます。



(1) 介護予防・生活支援サービス事業

介護認定で「要支援1・2」と認定された方、または、基本チェックリストに該当し、「事業対象者と判定された方が利用できるサービスとなります。

訪問型サービスについては、現行相当サービスを実施しています。

通所型サービスについては、緩和した基準によるデイサービスとして「すみれの会」を「のぎく荘」と「みどりの館」で実施、運動機能向上に特化した短期集中型サービスとして「ひまわりの会」を「熊本リハビリテーション病院」に委託して「みどりの館」で開催しています。

訪問型のサービスが現行相当しかないため、緩和型のサービス等の多様なサービスの創出が課題です。

今後も、あらゆる機会を通じて事業対象者を把握し、必要な支援に繋げていきます。

①訪問型予防サービス（第1号訪問事業）

訪問型サービス（現行相当）	
サービス内容	ヘルパーによる掃除、洗濯、調理、買い物等の生活支援及び、入浴介助を受けることができるサービス
対象者	要支援認定者・事業対象者
サービス提供者	訪問介護事業所
実施方法	事業者指定
自己負担	原則1割負担（一定以上所得者は2～3割）

②通所型予防サービス（第1号通所事業）

通所型サービス（現行相当）	
サービス内容	介護予防通所介護と同様のサービス
対象者	要支援認定者
サービス提供者	通所介護事業所
実施方法	事業者指定
自己負担	原則1割負担（一定以上所得者は2～3割）

通所型サービス（サービスA）	
サービス名	すみれの会
サービス内容	生活機能向上のための機能訓練を行うデイサービス、運動、レクリエーション
対象者	要支援認定者・事業対象者
サービス提供者	西原村社会福祉協議会、みどりの館、ボランティア
実施方法	事業者指定
自己負担	原則1割負担（一定以上所得者は2割～3割）

通所型サービス（サービスC）	
サービス名	ひまわりの会
サービス内容	運動機能向上、栄養改善等を目的とした短期集中予防サービス
対象者	要支援認定者・事業対象者
実施方法	事業者委託
自己負担	本村の定めた額

（２）一般介護予防事業

住民互助や民間サービス等との連携を通じて、要介護状態になっても、住み慣れた地域でできる限り自立した生活を送れる地域の実現を目指すことを目的に、65歳以上のすべての高齢者を対象として介護予防教室の開催や健康相談の実施、介護予防に関する活動の普及・啓発、介護予防を支援する人材の育成・支援などを行う事業となります。

地域包括ケアシステムの構築に向けて、高齢者の生活支援や介護予防に住民が主体的に参加するだけでなく、自らが担い手となることができるよう、本事業を活用していきます。

①介護予防普及啓発事業

介護予防活動の普及・啓発を行うため、西原村ミニデイサービスを29集落で実施、介護予防に関する講座等を年3回開催し、介護予防の重要性について周知を行っています。

高齢者自身が地域の中に生きがいや役割を持つことができるよう、場づくりを支援することで、住民が主体となって行う介護予防活動を広く展開していきます。また、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場の継続的な拡大を目指します。

②地域介護予防活動支援事業

住民主体の通いの場として、週1回程度「スーパーサロン」を開催していますが、この活動を充実させるため、世話役として活動していただける方を「介護予防サポーター」として、講習会に参加してもらい必要な知識を習得していただき、地域を担う人材の育成に努めています。

今後も、住民主体の通いの場における住民主体の介護予防活動の充実に向けた支援を行うとともに、地域の中で、高齢者が主体的に取り組む介護予防をサポートするボランティア人材を育成します。

③地域リハビリテーション活動支援事業

介護予防活動におけるリハビリテーション効果を高めるため、通所、訪問、地域ケア会議、通いの場等へのリハビリ専門職等の派遣を行い、助言等を行うための事業です。

地域における住民主体の通いの場であるスーパーサロンへ、地域ケア会議に参加している理学療法士等のリハビリテーション専門職の関与を推進し、体操等の指導や、体力測定、評価分析等を行い、スーパーサロンの活動を充実させ介護予防を図る取組を行っています。

今後は、地域の身近な場所における住民主体の通いの場の定期的な開催に向けた支援として、リハビリテーション専門職を積極的に活用していきます。

④P D C Aサイクルによる自立支援、介護予防・重度化防止に向けた取り組みの推進

国において、高齢者の自立支援・重度化防止などに向けた保険者の取り組みや都道府県による保険者支援の取り組みが全国で実施されるよう、P D C Aサイクルによる取り組みが制度化されました。

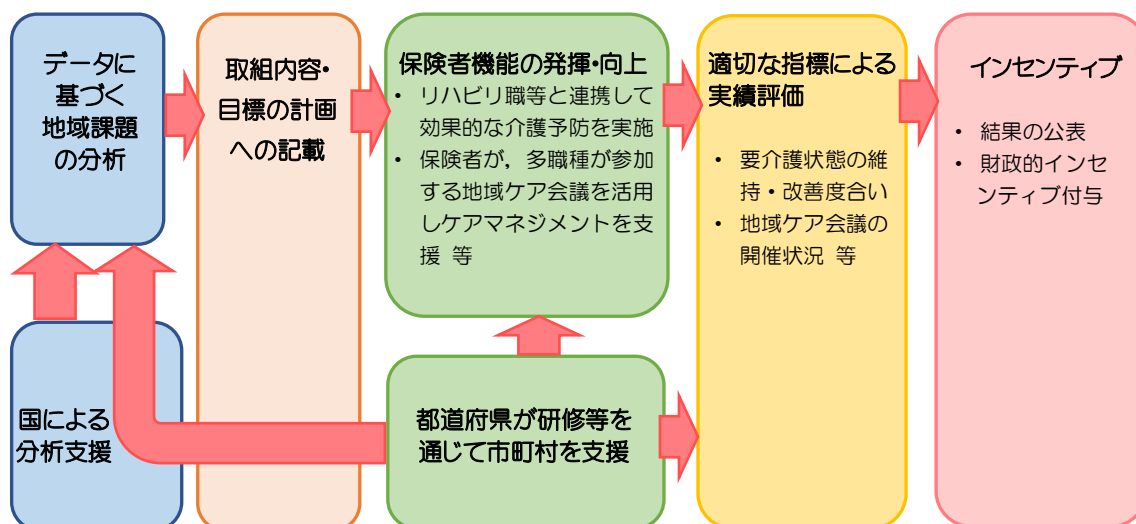
この一環で、財政的インセンティブとして市町村や都道府県のさまざまな取り組みの達成状況を評価できるように客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止などに関する取り組みを推進するための新たな交付金が創設されました。

2025年以降は、現役世代（担い手）の減少が顕著となり、地域の高齢者介護を支える人的基盤の確保が大きな課題となります。

こうした中で、介護サービス基盤の整備に加えて、予防・健康づくりの取り組み等を通じて、介護サービス基盤としての地域のつながり強化につなげていくことが求められます。また、保険者ごとの取り組み状況にはばらつきが見られ、機能強化が課題となっています。

本村においては、今後も様々な取り組みの達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取り組みを推進します。

保険者機能強化推進交付金（インセンティブ交付金）



PDCAにおける進捗管理のための3つの指標

指標
1

介護保険事業計画上の見込量等の計画値

- ・計画値と実績値の比較（利用者数、利用日数・回数等）

指標
2

自立支援・重度化防止等の「取組と目標」

- ・被保険者の地域における自立した日常生活の支援
- ・要介護状態となることの予防/要介護状態等の軽減、悪化の防止
- ・介護給付等に要する費用の適正化に関する取組状況を評価する指標

指標
3

保険者機能強化推進交付金に関する評価指標

- ・財政的インセンティブの指標

自立支援、介護予防・重度化防止に向けた目標設定

介護保険法第117条に基づき、市町村は「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」に関して本計画期間中に取り組むべき事項及びその目標値を定めることとされています。

本村では以下の取組を本計画期間中の重点的取組として目標を定め、介護保険法に基づく実績評価を毎年度行い、PDCAサイクルによる取組を進めます。

健康づくり・介護予防の取組

地域の身近な場所における高齢者の通いの場（スーパーサロン）の拡大	基準値（令和元年度）	目標値（令和5年度）
	12箇所	15箇所

認知症高齢者の支援に向けた取組

認知症カフェの立ち上げ	基準値（令和元年度）	目標値（令和5年度）
	0箇所	1箇所

第2節 在宅生活を支える地域づくり

1 地域・社会参加の促進

(1) 生涯学習の推進

本村では、生涯学習センター「山河の館」を生涯学習・文化活動の拠点として機能の充実に取り組んでいます。

現在、高齢者の生きがいくりのため、寿生大学や生涯学習講座を開催しています。

また、村民を主体とした生涯学習を推進することを目的に、西原村生涯学習連絡協議会に加盟する団体の活動助成を行っています。

(2) 老人クラブ活動の活発化

本村の老人クラブ連合会では、「健康・友愛・奉仕」を理念として、友愛訪問活動（やまびこネットワーク活動）やふれあいいいききサロン、環境美化活動、世代間交流活動など多彩な活動が実施されており、特に、歳末助け合い募金運動（共同募金）など、本村の住み良い地域づくりを支える重要な役割を担っています。

令和2年3月末現在、所属クラブは23クラブで、会員は899名となっており、会員数は年々減少し高齢化も進んでいる状況にあります。

そのような中、全体的な活動としては、中学校での伝承遊びの交流会等を行い、世代間の交流を図るなどの活動に取り組んでいます。

また各地域での活動として、奉仕活動や子ども見守りパトロール活動など地域に根差した取組を中心に活動を行っており、スーパーサロン等の地域の通いの場への積極的な参加を呼び掛けています。

今後も会員の健康づくりや友愛活動、社会奉仕などの活動を通じてさらに魅力ある老人クラブとして活動内容の充実が図られるよう、引き続き運営の支援を行っていきます。

(3) ボランティア活動の充実

本村では、地域住民のボランティアに対する関心が高く、個人や団体、グループをはじめ、多くのボランティア活動者がいます。それぞれの団体、グループ個人が自主的に活動を計画し、実行していく中で、お互いに連携をとり、協力し合って、活動しやすい環境を創り、より大きな力を育むことで本村の地域福祉の拡大を図っています。

西原村ボランティア連絡協議会には41活動団体（令和2年4月現在）が加盟しており、福祉施設でのボランティア活動をはじめ、縫製や防災、環境美化などの取り組みへの参加、やまびこネットワーク活動（小地域の見守りネットワーク活動）など様々な形で活動されています。熊本地震後は復興支援災害ボランティア活動など村外での活動にも積極的に参加して

います。

また、老人クラブ連合会においても、シルバーヘルパーの養成及び育成が図られており、地域のふれあいいいききサロンやミニデイサービスの運営支援が行われています。

今後も、高齢者の社会参加の機会としてボランティア活動が促進されるよう、ボランティア活動に対する積極的な支援を行っていきます。

(4) ふれあいいいききサロンの活動促進

村内のすべての公民館（33箇所）において、月1回程度「ふれあいいいききサロン」を開催し、健康体操やレクリエーション、茶話会等が行われています。

平成29年度からは週1回の「スーパーサロン」へ変更する地域も出てきています。スーパーサロンでは、村独自の「たいぎゃよか体操」をおこなっていただき、レクリエーションや茶話会など、地域ごとに自主的に活動をされています。

今後も継続して、ふれあいいいききサロンの活動を支援していきます。また、サロン活動が毎週開催されるための方策について、検討を進めていきます。

(5) 介護予防サポーターの育成・発掘

平成29年度よりスーパーサロンの開始に併せて介護予防サポーター養成講座を毎年1回～2回開催しています。

令和元年度からは、新規の養成講座及びサポーターとして活動されている方向けのフォローアップ講座も開催しました。

今後も元気な高齢者が介護予防サポーターとして活躍いただけるよう、介護予防サポーター養成講座の定期的な開催に取り組んでいきます。

2 高齢者の就労支援

シルバー人材センターでは、60歳以上の健康で就労意欲のある高齢者が、これまで培った技術、技能、資格、職業経験を活かしながら活躍されています。

わが国の平均寿命が延びている中、ライフスタイルに合わせた就労を選択することができるよう、今後も、シルバー人材センターの活動を支援していきます。

3 高齢者見守りネットワークの構築

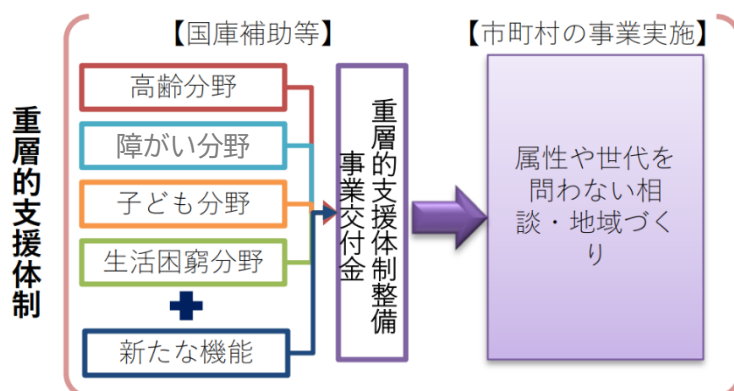
支援が必要な方については地域包括支援センターによる訪問を行い、民生委員やシルバーヘルパーとも情報共有を行っています。

地域で暮らす高齢者の在宅生活を支えるために、生活支援コーディネーターや協議体を中心となって高齢者のニーズにあわせた新たな見守り活動を検討していきます。また、地域包括支援センターや社会福祉協議会、老人クラブ、民生委員等と連携し、やまびこネットワークの充実を図ります。

4 地域共生社会の実現に向けた地域づくり

地域課題を解決するためには、圏域ごとの特色に応じた施策推進が求められ、地域に生きる一人ひとりが尊重され、多様な経路で社会とつながり参画することで、その生きる力や可能性を最大限に発揮できる地域共生社会の実現に向け、着実に取り組んでいく必要があります。

本村では、具体的な取り組みとして、生活支援コーディネーターを中心に地域課題と社会資源のマッチングを行うとともに、協議体の活動をはじめ、住民の参画と協働を促進することで、各地域が一体となった取り組みや施策を展開していきます。



第3節 包括的支援に向けた体制づくり

1 地域包括支援センターの機能強化

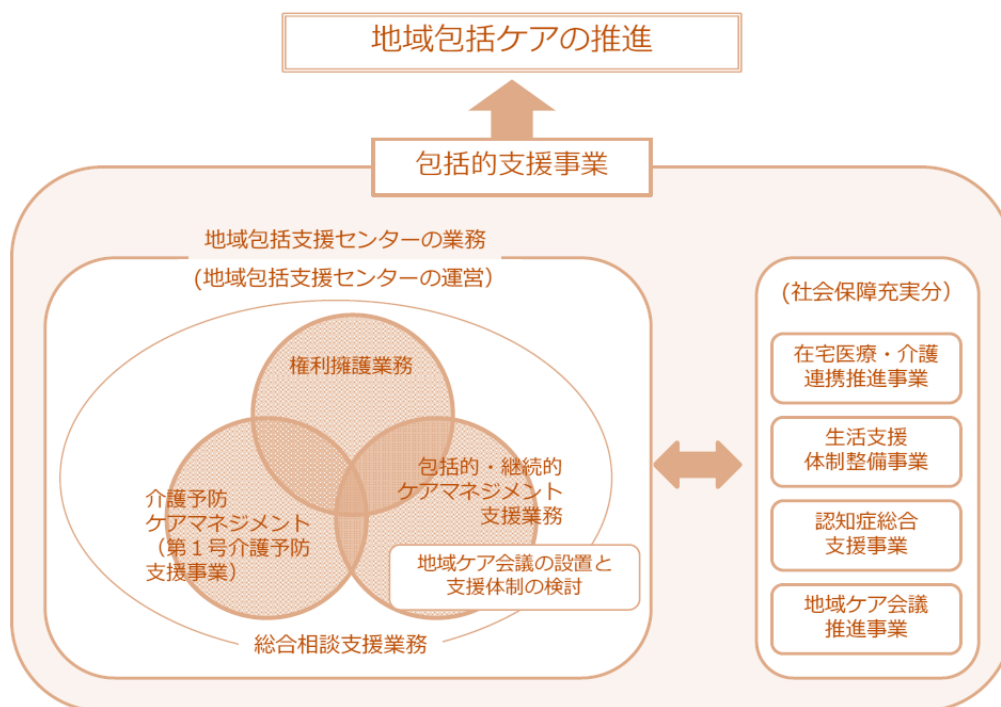
地域包括支援センターは、保健、介護、福祉という3分野の専門職が連携し、地域の医療機関、介護（介護予防）サービス事業者、ボランティアなどと協力しながら地域の高齢者のさまざまな相談に対応する機関です。本村では地域包括支援センターを西原村社会福祉協議会へ委託しています。

介護予防・日常生活支援総合事業の開始や包括的支援業務の充実、認知症初期集中支援チームの発足、生活支援体制の整備など、地域包括支援センターの業務量は増加しています。

本村の地域包括支援センターにおいては、社会福祉士、主任介護支援専門員、保健師、生活支援コーディネーター等を任命し、5名体制となっています。

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律において、地域包括支援センターには「事業の自己評価」と「質の向上」、市町村には「地域包括支援センターの事業の実施状況の評価」が義務付けられたことに伴い、定期的に地域包括支援センターから報告や協議を受ける体制を整えています。

今後においても、厚生労働省が策定する評価指標を用いて、業務の状況や量等の程度を把握し、評価・点検を行います。さらに、地域包括支援センター運営協議会での議論を踏まえ、保険者の立場として、地域包括支援センターの運営における改善の必要性を検討していきます。



(1) 地域ケア会議の推進

地域ケア会議は、高齢者個人の自立に向けた支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を進めていく地域包括ケアシステムの実現に向けて有効な機能を持ちます。行政、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所、認知症疾患医療センター等の多職種協働のもと、個別ケースの課題分析と在宅生活の支援の充実に向けた検討を行っています。

(2) 生活支援体制整備事業

高齢者の多様な日常生活上の支援体制の充実・強化及び社会参加の推進を一体的に取り組むための事業です。ボランティア団体と地域の社会資源やニーズ、生活課題等を共有するための学習会を開催しています。また、同年に地域包括支援センターに設置した生活支援コーディネーターと協議体については、地域住民が主体となって運営する介護予防の場づくりや、地域住民の支え合いの仕組み等に対する必要な支援を行い、住みなれた地域で安心した生活を送ることができる地域づくりに取り組みます。

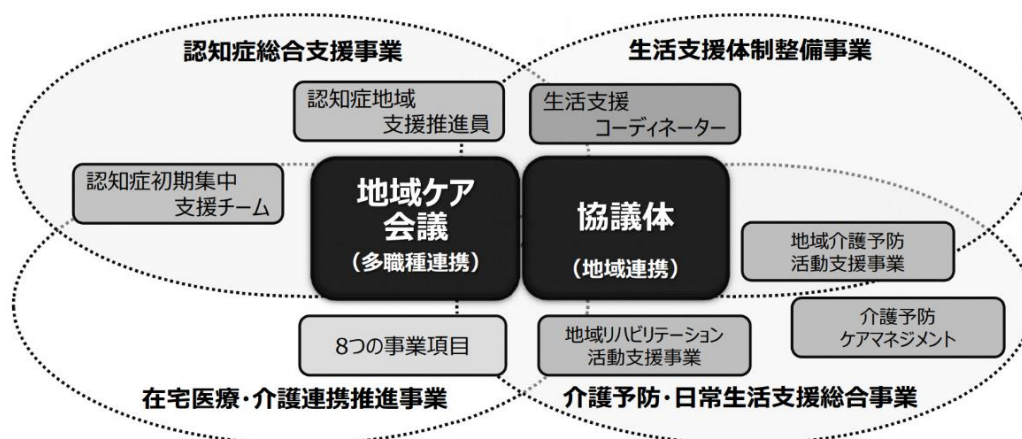
生活支援体制整備事業については、今後も地域包括支援センターとの協働により取り組んでいきます。

■生活支援コーディネーターの設置

地域課題を把握し、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能の役割を果たす第1層生活支援コーディネーターを地域包括支援センターに設置しています。

■協議体の設置

生活支援・介護予防サービスの提供主体等が参画する協議体を年2回開催し、定期的な情報共有・連携強化を図っていきます。



(3) 包括的支援事業の推進

① 総合相談支援業務

地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続できるよう、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、関係機関及び制度の利用につなげるなどの支援を実施しています。

地域包括支援センターの取り組みも一定数住民に周知がなされており、相談数も多い状況ですが、夜間や休日等の相談にも行政と連携し対応します。

今後も支援にあたっては、民生委員や社会福祉協議会、地域ささえあいセンターと情報を共有していきます。

② 権利擁護業務

成年後見制度の活用や老人福祉施設等への措置の支援、高齢者虐待の防止及び対応、困難事例への対応、消費者被害の防止に関する諸制度を活用し、高齢者の生活支援を実施していきます。

なお、支援が必要なケースに対しては、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等の複数の専門職で対応していきます。

③ 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

包括的・継続的なケア体制の構築、地域における介護支援専門員のネットワークの活用、ケアマネジャーに対する日常的個別指導・相談、助言を実施していきます。困難事例や情報を共有する必要があると判断される要支援者については、関係機関を招集し、課題解決を図ります。

④ 指定介護予防支援事業

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

介護保険における予防給付の対象となる要支援認定者が、介護予防サービス等の適切な利用を行うことができるよう、地域包括支援センターにおいて、自立支援型ケアマネジメントの考え方に基づく介護予防サービス計画を作成します。また、サービスの提供が確保されるよう、関係機関との調整を行っていきます。

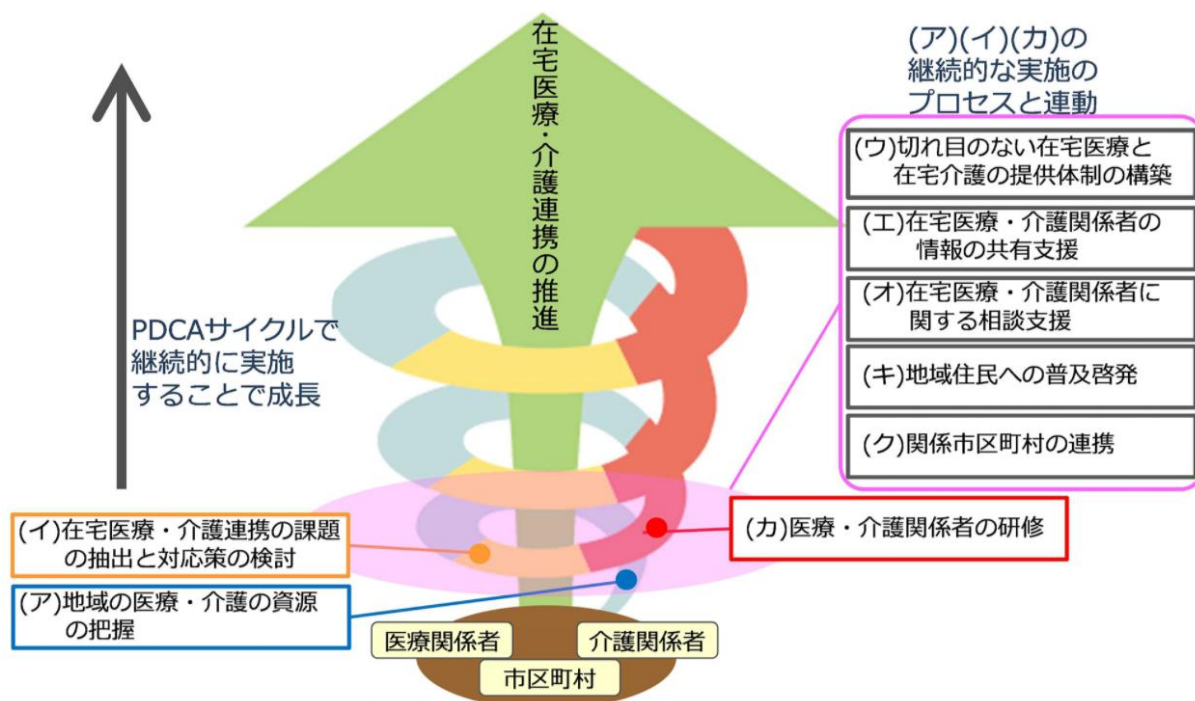
2 医療と介護をはじめとした地域の多職種連携体制の構築

(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併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、意見交換の場づくりや課題等の共有、解決策の検討など、地域の医師会等と協働した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です。

阿蘇郡市の7市町村で協議会を設立し、阿蘇郡市医師会にて事業を行っています。

なお、在宅医療と介護のそれぞれの事業所の情報が見られるホームページ作成、関係する多職種の連携として、「阿蘇在宅医療システム研究会」を立ち上げ、意見交換等を行っています。課題の抽出等については、各市町村で異なることから、北部・中部・南部の3つのブロックに分けて課題の整理に取り組んでいます。



◆ 地域の医療・介護の資源の把握

地域の医療機関、介護事業所等の住所・連絡先・機能等を把握し、リストやマップ等を作成し、地域住民の医療・介護へのアクセスの向上を支援します。

◆ 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、対策等の検討を行います。また、医療・介護の提供体制のあるべき姿（目標）を検討していきます。

◆ **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、切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取組を行っていきます。

◆ **医療・介護関係者の情報共有の支援**

患者・利用者の在宅療養生活を支えるために、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が図られるよう、情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備します。また、媒体の利用状況を定期的にモニタリングし、見直していきます。

◆ **在宅医療・介護連携に関する相談支援**

地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療・介護連携に関する相談に対応するための相談窓口を設置し、相談支援を行います。また、必要に応じて、退院の際の調整や利用者や家族の要望を踏まえた医療・介護機関の紹介等を行います。

◆ **医療・介護関係者の研修**

阿蘇圏域の医療・介護関係の多職種によるグループワーク等の研修を行います。

◆ **地域住民への普及啓発**

在宅医療・介護に関する講演会の開催やパンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を深めます。

◆ **在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携**

阿蘇圏域の関係市町村が連携して、広域的な取組が必要な課題の抽出・整理を行い、関係団体等との連携を含めた解決策を検討します。

(2) 多職種連携体制の構築

圏域内の市町村と阿蘇郡市医師会で協働して、在宅医療・介護連携推進事業に取り組んでいます。多職種連携体制の構築にあたっては、医療と介護における多職種が合同で参加するグループワーク等の参加型の研修会にも取り組んでいます。

地域ケア会議においても、かかりつけ医や生活支援コーディネーター、認知症疾患医療センターの職員、事業所のリハ職等の多職種の参画を図っており、引き続き、地域の課題を地域で解決できる仕組みづくりに取り組みます。

(3) 在宅医療・在宅介護の普及・啓発

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となるよう、あらゆる機会を通じて「在宅医療」の普及・啓発を行っていきます。

(4) 地域医療連携ネットワークの活用

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活していくためには、質の高い医療・介護サービスの提供が必要不可欠です。限りある人材、施設等の地域資源を有効活用するうえでは、診療情報等の迅速かつ適切な共有を図っていくことが必要となります。

在宅医療と介護関係者間の情報共有の仕組みとして、熊本県では、「くまもとメディカルネットワーク」を推進しています。同システムは、阿蘇郡市の医療機関等における導入は進んでいるものの、参加者となる地域住民の同意があって初めて機能するものとなります。医療や介護が必要な方が、それぞれの状態にあった質の高い医療・介護サービスを、いつでも・どこでも受けることができるような社会の実現を目指し、医療機関等と連携しながら、同システムに対する地域住民への理解及び登録を促進していきます。

3 認知症になっても安心して暮らせる体制の構築

国は「認知症施策推進大綱」を踏まえ、認知症の発症を遅らせるとともに、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進しています。

今後、増加すると予測される認知症の方やその家族を支えていくためには、医療や介護等関係機関の連携を強化し、早期発見・相談支援体制の充実、地域における見守り活動の推進等幅広い支援が必要となります。

- 平成27年に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)を策定し、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることが出来る社会の実現に向けた取組みを進めてきた。
- 平成30年12月には、認知症に係る諸問題について、関係行政機関の緊密な連携の下、政府一体となって総合的に対策を推進することを目的として「認知症施策推進関係閣僚会議」が設置され、令和元年6月18日に「認知症施策推進大綱」が取りまとめられた。

認知症施策推進大綱(概要) (令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定)

【基本的考え方】

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」※1と「予防」※2を車の両輪として施策を推進

※1 「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる。また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きるという意味

※2 「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味



コンセプト

- 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も含め、多くの人にとって身近なものとなっている。
- 生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す。
- 運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスを収集・普及し、正しい理解に基づき、予防を含めた認知症への「備え」としての取組を促す。結果として70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す。また、認知症の発症や進行の仕組みの解明や予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める。

対象期間：2025（令和7）年まで

具体的な施策の5つの柱

- ① 普及啓発・本人発信支援
 - ・企業・職域での認知症サポーター養成の推進
 - ・「認知症とともに生きる希望宣言」の展開 等
- ② 予防
 - ・高齢者等が身近で通える場「通いの場」の拡充
 - ・エビデンスの収集・普及 等
- ③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
 - ・早期発見・早期対応の体制の質の向上、連携強化
 - ・家族教室や家族同士のピア活動等の推進 等
- ④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
 - ・認知症になっても利用しやすい生活環境づくり
 - ・企業認証・表彰の仕組みの検討
 - ・社会参加活動等の推進 等
- ⑤ 研究開発・産業促進・国際展開
 - ・薬剤治験に即応できるコホートの構築 等

認知症の人や家族の視点を重視

(1) 認知症の早期発見・早期対応

認知症初期集中支援チームは益城病院へ委託し、地域包括支援センターと連携を図りながら事業を実施しています。

今後は、ミニデイサービスやスーパーサロンの体力測定時に、認知症予備軍の方を早期に発見し、必要な支援に取り組んでいくために、認知症初期集中支援チームの活動を推進していきます。また、効果的・効率的な認知症予備軍の早期発見方法や、総合事業における認知機能の低下予防を目的としたプログラムの実施について検討を進めていきます。

(2) 認知症ケアパスの普及・啓発

認知症ケアパスは、認知症の方の状態に応じた適切なサービス提供の流れを示したもので、認知症の初期段階における予防方法や、医療機関、介護保険サービスなど、認知症の方が利用できるサービスの流れを体系的に示したものです。

令和元年に益城病院協力のもと認知症ケアパスを作成しています。具体的な相談フローや認知症初期集中支援チーム、認知症カフェを含め、認知症の方だけでなく、その家族、地域の医療や介護にかかわる人、すべての支援者が連携の仕組みを理解できるよう努めていきます。

(3) 認知症サポーターの養成及び活動の活性化

認知症地域支援推進員と保健師と一緒に認知症サポーター養成講座を企画するなど、民生委員による寸劇なども取り入れ、わかりやすく啓発活動に努めています。

今後は、小・中学校を対象とした養成講座の開催を早期に実現させ、認知症サポーターの増加に取り組みます。これまで養成してきたサポーターへのフォローアップ研修や、その参加者のリスト化を検討していくことで、認知症カフェの運営、認知症の方の日常的な見守り及び行方不明者等の早期発見・保護にあたる体制づくりなどに活用していきます。

また、圏域でのキャラバンメイトの養成講座の開催に向けて、関係機関との連携を図っていきます。

(4) チームオレンジの取り組み

認知症サポーターが正しい理解を得たことを契機に、自主的に行ってきた活動をさらに一歩前進させ、地域で暮らす認知症の方や家族の困りごとの支援ニーズと認知症サポーターを結びつけるための「チームオレンジ」を設置に向けて取り組みます。チームオレンジには、認知症の方もメンバーとしてチームに参加し、認知症サポーターのチームによる認知症の方や家族に対する生活面の早期からの支援等を行います。

主な活動内容としては、外出支援、見守り・声かけ、話し相手、認知症の方の居宅へ出向く訪問支援等が挙げられます。メンバーの誰もが楽しみながら役割を果たし、引きこもりがちになることを未然に防ぐ取り組みとなるように工夫し、ステップアップ研修を計画し、チームオレンジの趣旨の理解や、活動するために必要な知識や対応スキル等の習得を目指します。

(5) 認知症カフェの設置

認知症になると、本人の気力の低下や家族の徘徊や事故等への不安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。

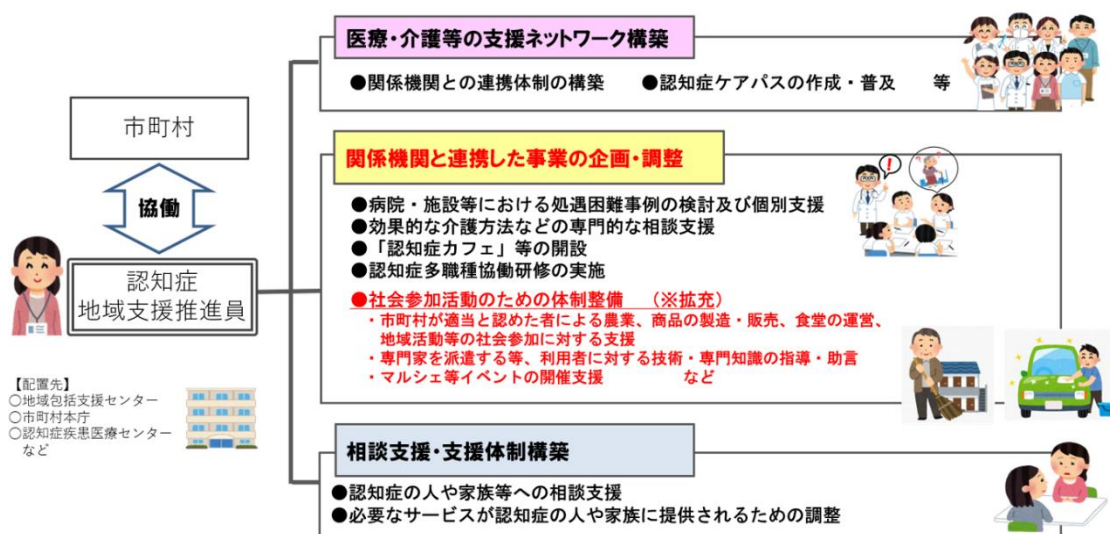
これまで、認知症サポーターを中心に小森団地において「気晴らしカフェ」を毎週水曜日開催していましたが、参加者の減少により、現在中止している状況です。

今後は、先進地の取り組みを参考にし、一層の周知に取り組んでいくとともに、新たな地区での立ち上げに向けた会場の確保や運営主体の検討、認知症サポーターの活用等について検討を進めていきます。

(6) 認知症に係る医療・介護の連携強化

現在、認知症初期集中支援チームを委託している益城病院との連携強化を図っています。新オレンジプランに基づき、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、連携を強化に努めます。

地域ケア会議等においても、地域連携担当者等の参画を図るなど、認知症に関する医療と介護の連携をさらに強化していきます。



(7) 認知症初期集中支援推進事業

認知症の人やその家族に早期に関わることを目的に、認知症初期集中支援チームを立ち上げ、①対象者の把握、②情報収集及び観察・評価、③初回訪問時の支援、④認知症サポート医を含めたチーム員会議の開催、⑤初期集中支援の実施、⑥評価、を実施しています。

平成 30 年度より益城病院へ業務委託を行っています。地域包括支援センターが窓口にな

り、啓発活動や相談受付からアセスメントを行い、益城病院の専門職にて簡易診断を行っています。また、専門医からのケアや医療への助言を受けています。

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、認知症初期集中支援チームの活動から抽出された地域課題を地域ケア会議等で協議し、情報の共有と必要な対応を行っていきます。

また、認知症初期集中支援チームや個別ケア会議から見えてきた課題について、政策形成につなげていきます。

(8) 認知症地域支援・ケア向上事業

認知症の人やその家族が、状況に応じて必要な医療や介護等のサービスを受けることができるよう、地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を設置しています。

今後は、認知症地域支援推進員が中心となって、認知症に関する医療・介護等の連携強化、地域における見守り等を含めた支援体制の構築、認知症ケアの向上に取り組んでいきます。

また、本村の認知症カフェの推進や、認知症ケアパスの普及についても、地域包括支援センター及び認知症地域支援推進員と連携して取り組んでいきます。

(9) 若年性認知症の人への支援

若年性認知症については、職場や産業保健スタッフが気づく機会が多いことから、サポーター養成講座や啓発媒体の活用などを通して企業等への普及啓発を行い、職場における理解の拡大や雇用の確保につなげます。

若年性認知症の人が、発症初期の段階から、その症状・社会的立場や生活環境等の特徴を踏まえ、認知機能が低下してもできることを可能な限り続けながら適切な支援を受けられるよう、啓発に努めます。

さらに、若年性認知症の人や家族に対する理解を深め、本人や家族のニーズに沿った支援を行います。

4 高齢者の権利擁護・虐待防止の推進

高齢者虐待防止法の施行により、高齢者に対する虐待への対応が市町村の責務とされています。高齢者虐待の相談・通報窓口、事実確認、適切な措置等について早期対応を行うため、本村では地域包括支援センターに相談窓口を設置しています。

今後増加する認知症高齢者をはじめ、高齢者の権利擁護・虐待防止の取組として、関係機関との連携強化、相談窓口の周知、成年後見制度の周知・広報及び活用の促進を図ります。

また、役場における窓口対応の強化を図るため、職員の研修等への参加を促進していきます。

(1) 成年後見制度の利用促進

財産管理など社会的判断能力が不十分な認知症の方々の人権を尊重し、権利が守られるよう、「成年後見制度利用事業」等の活用を促進します。

現在は、社会福祉協議会において、年1回住民を対象とした制度説明会を開催しています。

今後も、制度の内容について住民に対する啓発を図るとともに、地域包括支援センターや担当課における相談対応能力の向上を図ります。また、法人後見、市民後見人を含めた後見の担い手育成にも努めていきます。

また、成年後見制度利用促進基本計画の早期策定と地域連携ネットワークの構築等に向けて、庁内で検討していきます。

(2) 高齢者虐待防止に関する啓発の充実

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

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

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、虐待を発見した際の通報義務等について、広報紙等を活用した啓発活動を進めます。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① 身体的虐待② 介護・世話の放棄・放任③ 心理的虐待④ 性的虐待⑤ 経済的虐待 |
|--|

(3) 虐待防止機能の強化

高齢者虐待を早期に発見し、問題の深刻化を防ぐためには、近隣住民をはじめ地域の民生委員や自治会などの地域組織、介護保険サービス事業者など高齢者を取り巻く様々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。

現在、地域包括支援センターや民生委員等が地域の高齢者宅等を定期的に訪問し、情報の収集・共有を行っています。

今後も、地域包括支援センターや警察、民生委員等との連携を強化し、関係機関とのネットワークの整備を行うことで、高齢者虐待の早期発見・支援体制を整備するとともに、高齢者虐待に関する情報の共有化に努めます。

(4) 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、地域包括支援センターと連携して実施し、個別ケース会議において支援方針を決定、必要に応じて保護等の措置を講じるなど、緊急的な対応を図ります。

高齢者の虐待対応においては、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、必要な方には成年後見制度の活用を促進していきます。

第4節 住み慣れた地域で生活するための環境づくり

1 安全・安心に暮らせるむらづくり

(1) 災害や感染症対策に対応した体制の整備

①災害時避難支援体制に対する整備

少子高齢社会の進展により、災害時における被災者への支援が、より一層困難な状況に陥ることが予想されているなか、災害時の被害を軽減するには、「自助」「共助」「公助」が効果的に組み合わさった活動が重要であり、支援体制の整備が急務となっています。災害に対する備えについては、介護事業所等との連携による避難訓練の実施や防災啓発活動、介護事業所等における食料、飲料水、生活必需品、燃料その他の物資の備蓄・調達状況の確認及びリスク管理を行い、事業を継続できるようにすることが重要です。

介護事業所等で策定している災害に関する具体的計画を定期的を確認し、災害の種類別に避難に要する時間や避難経路等の確認を促します。

また、避難行動要支援者名簿の整備についても、引き続き、広報等を活用した上で、自力避難が困難な人の名簿登録の周知・啓発を行います。

②感染症対策に係る体制整備

新型コロナウイルスの感染拡大が世界的に加速し、先の見えない感染症対策への環境整備が求められています。感染症対策については、日頃から介護事業所等と連携し、感染拡大防止策の周知啓発や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を行うことが重要です。

介護事業所等が感染症発生時において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を確認するとともに、介護事業所等の職員が感染症に対する理解や知見を有した上で業務にあたることができるよう、感染症に対する研修の充実を支援します。

また、感染症発生時も含めた県や保健所、協力医療機関等と連携した支援体制の整備、さらに、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・輸送体制の整備を促します。

(2) 消費者保護の推進

民生児童委員定例会や老人会役員会において、相談窓口の周知や福祉関係者に悪質商法の手口や対処法の啓発を行うとともに、高齢者見守りネット講座などの講話や出前講座を実施しています。

今後も、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ります。

2 高齢者の移動手段の確保

高齢者の移動手段の確保は重要な課題であるため、協議体において移動手段の課題について検討し、スーパーサロンの移送支援と買い物支援を合わせたものを宮山地区で実施しました。

運転免許証を自主返納される方や自動車の運転に不安を感じる方の移動手段の確保を含め、社会全体で高齢者の生活を支える体制の整備について、関係部局との検討を進めていきます。総合事業における訪問型サービスDについては、引き続きむらづくりの観点からも有効なサービス類型として捉え、関係部局及び協議体での検討を進めていきます。

3 高齢者福祉サービスによる在宅生活の支援

自宅などでの入浴、排泄、食事の介護等を行う介護給付や、グループホーム等の訓練等給付及び補装具購入に係る費用の支給、さらには福祉タクシー料金助成事業、ねたきり老人等介護者手当の支給を行っています。引き続き、ひとり暮らしや高齢者世帯など、日常生活に様々な支援を必要とする高齢者を対象とした各種福祉サービスの充実を図ります。

4 高齢者の住まいの確保

(1) 災害公営住宅の整備及び集落再生に向けた支援策の検討

高齢者など、住宅の自己再建が難しい人のために、山西地区 45 戸、河原地区 12 戸災害公営住宅、木造応急仮設住宅 50 戸を村営住宅とし整備を行いました。

村営住宅条例に基づき、障害者手帳等の交付を受けている者を優先的に入居させています。

集落再生及び宅地再建にあたっては、古閑、大切畑、風当、畑、下小森、上布田、下布田など重点地域に基づき、地域ごとの協議を推進していきます。

また、社会福祉施設の併設など、高齢者が安心して生活できるような環境整備を推進するとともに、住宅及び住環境の整備については、全住民を対象に、西原村復興計画に即した支援策を検討していきます。

(2) 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅の整備推進

高齢者が地域で暮らしていくためには、生活基盤としての住まいの確保が不可欠で、地域においてニーズに応じた住まいの提供は重要であることから、多様な選択肢から住まいを選ぶことができるよう、住まいに関する様々な情報提供に努めます。

高齢者が有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の情報を取得し、利用することができるよう、県との連携に努めます。

■有料老人ホーム

圏域	第7期末		第8期整備見込		第8期末	
	事業所数	定員(人)	事業所数	定員(人)	事業所数	定員(人)
計	1事業所	24	無	無	1事業所	24

■サービス付高齢者向け住宅

圏域	第7期末		第8期整備見込		第8期末	
	事業所数	定員(戸)	事業所数	定員(戸)	事業所数	定員(戸)
計	0事業所	0	1事業所	50	1事業所	50

(3) 住まいのバリアフリー化の促進

介護予防・重度化防止及び住宅内で起きる事故防止の観点からも、住まいのバリアフリー化の理解を深めるための啓発・広報に取り組みます。

また、ケアマネジャー等と連携し、必要な方へ住宅改修や住宅改造の助成を実施し、住まいのバリアフリー化を進めます。

村営住宅の改良・改善・整備を行う場合は、高齢者・障がい者の生活に配慮するとともに、高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律（新バリアフリー法）に沿って実施していきます。

(4) 高齢者の住まいに関する情報提供等の充実

高齢者やその家族等が心身の状況等に応じて適切に高齢者向けの住まいを選ぶことができるよう、「くまもと高齢者住まい情報サイトあ・す・く」や高齢者世帯や障がい者世帯の民間住宅入居を支援する「熊本県あんしん賃貸支援事業」などの積極的な情報提供を図ります。

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

第5節 介護サービスの充実と質の向上

1 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。

また、365日、24時間の安心を提供する介護保険施設については、計画期間中の新たな整備は行いませんが、必要な方が利用できるよう支援していきます。

ロボット・センサー、ICTを用いることで、介護施設における課題を解決し、介護職員の身体的・精神的負担を軽減し、介護の質を維持しながら、効率的な業務運営を行っていく必要があります。

介護サービス事業所に対し、介護ロボットやICT（情報通信技術）活用の情報提供に努め、事業所が業務の改善・効率化を検討するきっかけづくりに取り組みます。

2 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、村のホームページや広報誌の活用、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に、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周知を行います。

3 事業者の適切な指定、指導監査

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みます。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は状況を踏まえた協議を行い、必要と判断できない場合は抑制を図っていきます。

また、地域密着型サービスの事業者に対しては、指定の有効期間中に1回以上の割合で指導監査を行っていきます。特に地域密着型通所介護事業所に対しては、機能訓練・口腔機能向上・栄養改善を推進するための取組を求めています。

今後も、地域のケアマネジャーと積極的に関わることで、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 人材の確保及び資質の向上

全国的に介護従事者の離職率が高いことが課題となっていますが、本村においても、介護保険サービスの担い手不足が深刻化しています。

今後、事業所に対して処遇改善加算による取組内容の強化を求めていくとともに、人材確保、人材育成の支援策のあり方について、事業所や近隣市町村との情報交換を行っていきます。

5 介護給付の適正化に向けた取組の推進（西原村介護給付適正化計画）

（1）要介護認定の適正化

要介護（要支援）認定は、介護保険法の定めにより、全国一律の基準に基づき行われています。

認定調査員向け e ラーニングシステムを利用することで本村の認定調査員の能力向上を図っています。

適切な認定審査が行われるよう、日常的なミーティングや個別事例の検討が行える環境を整えるとともに、認定調査員に対する研修等への参加を促し、認定審査の平準化を図っていきます。

	【計画値】		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度
委託による認定調査の点検率	100%	100%	100%
e ラーニングシステムの登録率	100%	100%	100%
認定調査員の研修の実施回数	2回	2回	2回

（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」等があります。地域包括支援センターの職員等が、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を、ケアマネジメントのプロセスを踏まえて自立支援に向けた適切なケアマネジメントとなっているかを、課題整理総括表を活用して検証し、ケアマネジャーの資質向上に向けた支援を行っていきます。

ケアプラン点検の対象は、区分変更の場合や、区分限度額に対して一定以上の利用がある場合など、本村が課題と認識しているテーマに焦点をあてて抽出していきます。また、地域ケア会議においても、多職種によるケアプラン点検を実施し、その結果を、村内のケアマネジャーにフィードバックすることで、村内全体のケアマネジメントの質の向上を図ります。

	【計画値】		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度
課題整理総括表を活用したケアプラン点検率	5%以上	5%以上	5%以上
地域ケア会議等を活用したケアプラン点検月数	全月実施	全月実施	全月実施
高齢者向け住まい入居者のケアプラン点検率	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が行われるよう、すべての住宅改修において、施行前点検を実施していきます。住宅改修及び福祉用具についてはリハビリテーション専門職による点検の仕組みを検討していきます。

住宅改修点検の目標値	【計画値】		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度
住宅改修の施行前点検実施率	100%	100%	100%
建築専門職、リハ専門職による施行前点検実施率	10%	10%	10%

福祉用具貸与点検の目標値	【計画値】		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度
軽度者の福祉用具貸与点検実施率	100%	100%	100%
リハ専門職による福祉用具貸与点検実施率	10%	10%	10%

(4) 医療情報との突合・縦覧点検

医療情報との突合では、受給者の後期高齢者医療や国民健康保険の入院情報と介護保険の給付情報を突合し、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、請求内容の誤り等を早期に発見して適切な処置を行っていきます。

福祉用具貸与点検の目標値	【計画値】		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度
医療情報突合の実施	全月実施	全月実施	全月実施
縦覧点検の実施	全月実施	全月実施	全月実施

活用帳票：軽度の介護者にかかる福祉用具貸与品目一覧表

チェック項目：原則利用不可となっている福祉用具について、理由書等の提出がなされ適正に利用されているか。

（５）介護給付費通知

受給者本人（家族を含む）に対して、事業者からの介護報酬の請求や費用の給付状況等について通知することにより、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。

6 介護保険サービスの基盤整備

地域包括ケアシステムの構築に向けた介護保険サービスの基盤整備にあたっては、本計画の中に新たな整備は行わず、在宅サービスの質の向上に取り組むことで、在宅生活の限界点を高めていきます。

地域密着型サービスにおける必要利用定員数

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
認知症対応型共同生活介護	9人	9人	9人
	1箇所	1箇所	1箇所
地域密着型特定施設入居者生活介護	-	-	-
	-	-	-
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	20人	20人	20人
	1箇所	1箇所	1箇所

7 相談対応、苦情処理体制の充実

保健・医療・福祉に関する相談や苦情は、本村の担当窓口と地域包括支援センター等で対応していますが、村民にとって相談しやすい体制と対応力の強化に取り組んでいきます。

特に介護保険サービスの利用に関する相談・苦情については、各相談窓口へ寄せられた内

容を担当課が一元的に管理し、迅速な対応に繋がっていきます。あわせて、サービス事業者の指導・監督を行う県やサービスの苦情対応機関である国民健康保険団体連合会との連携を図り、さらなる体制の充実に努めます。

8 利用者負担軽減制度の利用促進

社会福祉法人等の利用者負担額を軽減するための申出を促進し、あわせて住民や法人及びケアマネジャー、介護従事者等へ制度を周知し、利用を促進します。

9 地域マネジメントの実施

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

本村は、第8期計画期間の中で、「地域の身近な場所における高齢者の通いの場の拡大」、「高齢者のセルフケア・セルフマネジメントの定着や社会参加を促す仕組みづくり」、「住民同士の支え合いによる生活支援サービスの拡大」を重点的取組として展開していきます。

計画の推進にあたっては、運営協議会や地域ケア会議、協議体などの場を活用し、関係者間で本計画における取組の方向性や指標の共有、改善に向けた検討に取り組みます。

また、PDCAサイクルの活用として、「地域包括ケア「見える化」システム」等を活用し、県及び管内市町村における要介護認定の状況や傾向、給付の状況や傾向等を分析し、目標達成に向けた活動を継続的に改善する「地域マネジメント」を実施していきます。

第5章 介護保険サービスの円滑な提供

1 介護保険サービスの見込み

(1) 居宅サービス見込量

居宅介護サービス見込量は、平成30年度から令和2年度の利用実績と要介護（要支援）認定者数の推計を踏まえた自然体推計に、「介護離職ゼロのための介護サービスの確保」の見込みを踏まえ、次のとおり設定します。

① 訪問介護

利用者の居宅にホームヘルパーが訪問し、食事や入浴、排泄の介助などの身体介護や、買い物、洗濯、掃除などの生活援助を行うもので、居宅介護における中心的なサービスとして位置付けられています。

		実績見込	推計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	40	44	47	50
	供給量(回数/月)	805	896	970	1,040

② 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護

利用者の居宅に移動入浴車などの入浴設備を持ち込み、入浴・洗髪の介助や心身機能の維持・確認を行うものです。

		実績見込	推計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0
	供給量(回数/月)	0	0	0	0
予防給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0
	供給量(回数/月)	0	0	0	0

③ 訪問看護・介護予防訪問看護

利用者の居宅に看護師等が訪問し、主治医の指示のもと、健康状態の管理や処置などを行います。

		実績見込	推計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	19	19	20	21
	供給量(回数/月)	173	132	132	139
予防給付	利用人数(人/月)	2	1	1	1
	供給量(回数/月)	7	3	3	3

④ 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション

利用者の居宅に理学療法士や作業療法士等が訪問し、日常生活を送るために必要な心身の機能の維持回復を図ることを目的としたサービスです。

		実績見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	8	9	10	11
	供給量(回数/月)	59	46	50	54
予防給付	利用人数(人/月)	1	1	1	1
	供給量(回数/月)	8	14	14	14

⑤ 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

利用者の居宅に医師・歯科医師・薬剤師等が訪問し、療養上の管理指導を行うものです。

		実績見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	28	25	26	27
予防給付	利用人数(人/月)	0	2	2	2

⑥ 通所介護

利用者が通所介護事業所（デイサービスセンター等）に通所し、食事や入浴などの日常生活上の世話を受けるほか、機能訓練や社会交流による日常生活能力の維持（認知症予防）を図ることを目的としたサービスです。

		実績見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	102	111	115	117
	供給量(回数/月)	1,480	1,674	1,728	1,754

⑦ 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション

利用者が病院や介護老人保健施設などに通所し、心身機能の維持回復を目的に、理学療法士や作業療法士の指導のもとで専門的なリハビリテーションを受け、送迎・入浴・食事等のサービスも受けられるサービスです。

		実績見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	39	42	42	43
	供給量(回数/月)	364	423	415	421
予防給付	利用人数(人/月)	6	5	5	5

⑧ 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

介護者の事情等により居宅での介護が困難になった際に、施設に一定期間入所し、入浴・食事・排泄などの介護や日常生活の世話、機能訓練などを受けるもので、特別養護老人ホームに入所する場合、短期入所生活介護となります。

		実績見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	18	20	21	22
	供給量(回数/月)	221	266	267	274
予防給付	利用人数(人/月)	1	1	1	1
	供給量(回数/月)	1	6	6	6

⑨ 短期入所療養介護（老健）・介護予防短期入所療養介護（老健）

短期入所のうち、老人保健施設に入所する場合、短期入所療養介護となります。

		実績見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	1	5	5	5
	供給量(回数/月)	8	11	11	11
予防給付	利用人数(人/月)	0	1	1	1
	供給量(回数/月)	0	4	4	4

⑩ 短期入所療養介護（病院等）・介護予防短期入所療養介護（病院等）

短期入所のうち、介護療養型医療施設に入所する場合、短期入所療養介護となります。

		実績見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0
	供給量(回数/月)	0	0	0	0
予防給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0
	供給量(回数/月)	0	0	0	0

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

特定施設としての指定を受けた有料老人ホーム、ケアハウス等に入居している利用者に対して、介護サービス計画（ケアプラン）に基づいて入浴、食事等の介護、機能訓練などを行うものです。

		実績見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	5	7	7	7
予防給付	利用人数(人/月)	1	2	2	2

⑫ 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

利用者が日常生活を営むために、心身の状況や環境等に応じて自立を助ける適切な福祉用具の選定・貸与を行うものです。

		実績見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	87	89	90	91
予防給付	利用人数(人/月)	12	12	12	12

⑬ 特定福祉用具購入費・特定介護予防福祉用具購入費

居宅での介護を円滑に行うことができるように、5種目の特定福祉用具の購入費に対して年間10万円を上限として支給するサービスです。

		実績見込	推計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	2	2	2	2
予防給付	利用人数(人/月)	0	1	1	1

⑭ 住宅改修・介護予防住宅改修

在宅生活に支障がないように行う住宅の改修（段差解消、手すり取付け等）に対し、20万円を上限として費用の支給を行うものです。

また、住宅改修費の支給申請の際に介護支援専門員が行う理由書作成に対して、居宅介護支援事業所等へ費用を助成する「住宅改修支援事業」を行います。

		実績見込	推計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	2	3	3	3
予防給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0

⑮ 居宅介護支援・介護予防支援

居宅介護支援事業は、利用者の意向をもとにした介護支援専門員（ケアマネジャー）によるケアプランの作成やサービス提供事業者等との連絡調整など居宅サービス利用にかかわる総合調整を行うものです。

		実績見込	推計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	170	175	182	185
予防給付	利用人数(人/月)	20	18	19	20

(2) 施設サービス見込量

施設サービス見込量は、平成 30 年度から令和 2 年度までの施設定数と利用実績、「医療計画に基づく介護施設・在宅医療等の追加的需要」の見込みを踏まえ、次のとおり設定します。

① 介護老人福祉施設

身体上又は精神上著しい障がいがあるため常時介護を必要とし、自宅において介護を受けることが困難な高齢者に対して、入浴・排泄・食事等の介護、その他日常生活の世話をを行う入所施設です。

		見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	47	45	45	45

② 介護老人保健施設

在宅復帰を目的として、リハビリテーションを含む看護・医療サービスを提供するとともに、入浴・排泄・食事等の介護、その他日常生活上の世話をを行う入所施設です。

		見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	17	21	21	21

③ 介護療養型医療施設

病状が安定期にある要介護者に対し、医学的管理のもとに介護その他の世話や医療・リハビリテーションなどを行う入所施設です。

		見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0

④ 介護医療院

今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズに対応するため、日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れや看取り・ターミナル等の機能と、生活施設としての機能を兼ね備え、「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話（介護）」を一体的に提供する入所施設です。

		見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	3	3	4	5

(3) 地域密着型サービス見込量

地域密着型サービス見込量は、平成 30 年度から令和 2 年度の利用実績と要介護（要支援）認定者数の推計を踏まえた自然体推計に、「介護離職ゼロのための介護サービスの確保」の見込みを踏まえ、次のとおり設定します。

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

認知症の要介護認定者に対して、共同生活を行う住居において、入浴・排泄・食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うものです。

		見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	9	9	9	9
予防給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0

② 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

居宅若しくは省令で定めるサービス拠点に通わせ、又は短期間宿泊させ、入浴・排泄・食事等の介護、その他日常生活上の世話、機能訓練等を行うものです。

		見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	0	0	29	29
予防給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0

③ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行うサービスです。

		見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0

④ 認知症対応型通所介護

認知症の要介護者・要支援者が居宅で自立した生活を営むことができるよう、デイサービスセンターなどにおいて、通所により入浴、排せつ、食事などの介護や日常生活上の世話や機能訓練を受けられるサービスです。

		見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	2	2	2	2
	供給量(回数/月)	9	8	8	8
予防給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0
	供給量(回数/月)	0	0	0	0

⑤ 地域密着型特定施設入居者生活介護

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

		見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0

⑥ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

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

		見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	17	19	19	19

⑦ 地域密着型通所介護

定員 18 人以下の小規模通所介護施設で、日常生活の支援や機能訓練を行うサービスです。

		見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	4	5	5	5

⑧ 看護小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせ、介護と医療それぞれのサービスが受けられます。

		見込	推 計		
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護給付	利用人数(人/月)	0	0	0	0

2 地域密着型サービスの整備計画

圏域ごとにバランスの取れたサービス供給体制の整備に努めるとともに、多様化する介護ニーズに対応するため、小規模多機能型居宅介護などのサービスの提供を進めることで、「介護離職者ゼロ」に向けた、介護をしながら仕事を続けることができるよう環境づくりを目指します。

なお、在宅での生活を継続できるようなケアマネジメントを基本に考えながら、要介護者状況や今後の推移、施設配置状況、在宅サービスの提供等の現状を勘案し、施設サービスとして見込まれるものを計画的に整備します。

① 小規模多機能型居宅介護

日常生活圏域	第7期末		整備計画		第8期末	
			令和3～5年度			
	事業所数	定員(人)	事業所数	定員(人)	事業所数	定員(人)
計	0	0	1	29	1	29

3 地域支援事業の見込み

各年度における地域支援事業の量の見込みは以下のとおりとなります。

介護予防・生活支援サービスの推進にあたっては、多様な主体によるサービスの提供に向けて介護予防サポーターを育成し、重点施策である地域の通いの場の拡大を図ります。通所型サービスAは、村の指定事業として実施します。通所型サービスCについては、委託により実施します。生活支援サービスやインフォーマルサービスの拡大にあたっては、生活支援コーディネーターや協議体を中心に各種団体や民間企業等との連携強化を図り、地域で必要な支援を検討していきます。

介護予防・日常生活支援総合事業の量の見込み

事業名		令和3年	令和4年	令和5年
訪問型サービス (第1号訪問事業)	訪問介護相当サービス <利用者数>	9人	9人	9人
通所型サービス (第1号通所事業)	通所介護相当サービス <利用者数>	4人	4人	4人
	通所型サービスA(緩和した基準によるサービス) <利用者数>	52人	57人	62人
	通所型サービスC(短期集中予防サービス) <利用者数>	15人	15人	15人
介護予防ケア(第1号介護予防支援事業) <ケアマネジメント数>		600件	620件	650件
一般介護予防事業	介護予防普及啓発事業 <実施回数>西原村ミニデイサービス事業 29箇所×3回	87回	87回	87回
	地域介護予防活動支援事業 <ボランティア等養成講座 開催回数>	2回	2回	2回
	地域介護予防活動支援事業 <ボランティア等養成講座 養成人数>	20人	20人	20人
	地域介護予防活動支援事業 <地域ふれあいサロン等 開催箇所数>	33箇所	33箇所	33箇所
	地域リハビリテーション活動支援事業 <リハビリテーション職派遣回数>	30回	30回	30回

包括的支援事業の量の見込み

事業名	令和3年	令和4年	令和5年	
地域包括支援センターの運営 <地域包括支援センター 職員数>	5人	5人	5人	
在宅医療・介護連携推進事業 (多職種連携研修会(広域) 開催回数)	2回	2回	2回	
生活支援体制整備事業	<生活支援コーディネーター 設置数>	1人	1人	1人
	<協議体 開催数>	2回	2回	2回
認知症初期集中支援推進事業 (認知症初期集中支援チーム検討委員会開催数)	1回	1回	1回	
認知症地域支援・ケア向上事業	<認知症地域支援推進員 設置数>	1人	1人	1人
	<認知症カフェ 設置数>	1箇所	1箇所	1箇所
地域ケア会議推進事業 (地域ケア個別会議回数)	12回	12回	12回	

任意事業の量の見込み

事業名	令和3年	令和4年	令和5年	
介護給付等費用適正化事業	要介護認定適正化 <認定調査員研修会 参加回数>	1回	1回	1回
	ケアプラン点検 <ケアプラン点検 点検率>	5%	5%	5%
	ケアプラン点検 <地域ケア会議を活用した多職種によるケアプラン点検 点検月数>	全月	全月	全月
	医療情報突合・縦覧点検 <点検月数>	全月	全月	全月
	住宅改修の点検 <施工前点検率>	100%	100%	100%

4 サービス給付費の見込み

① 介護サービス給付費

(単位：千円)

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
居宅サービス	294,744	302,449	309,359
訪問介護	31,140	33,685	36,079
訪問入浴介護	0	0	0
訪問看護	7,361	7,365	7,757
訪問リハビリテーション	1,635	1,774	1,912
居宅療養管理指導	3,634	3,783	3,929
通所介護	153,196	158,641	161,315
通所リハビリテーション	40,083	39,493	39,947
短期入所生活介護	25,942	25,802	26,371
短期入所療養介護（老健）	1,365	1,366	1,366
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	13,233	13,376	13,519
特定福祉用具販売	352	352	352
住宅改修	980	980	980
特定施設入居者生活介護	15,823	15,832	15,832
地域密着型サービス	97,835	166,267	166,267
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
地域密着型通所介護	3,490	3,492	3,492
認知症対応型通所介護	1,061	1,072	1,072
小規模多機能型居宅介護	0	68,366	68,366
認知症対応型共同生活介護	28,964	28,981	28,981
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	64,320	64,356	64,356
看護小規模多機能型居宅介護	0	0	0
介護保険施設サービス	227,621	232,232	236,717
介護老人福祉施設	142,170	142,249	142,249
介護老人保健施設	71,105	71,144	71,144
介護医療院	14,346	18,839	23,324
介護療養型医療施設	0	0	0
居宅介護支援	30,835	32,080	32,613
介護サービス給付費計	651,035	733,028	744,956

② 介護予防サービス給付費

(単位：千円)

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護予防サービス	6,620	6,622	6,622
介護予防訪問入浴介護	0	0	0
介護予防訪問看護	141	141	141
介護予防訪問リハビリテーション	473	473	473
介護予防居宅療養管理指導	255	255	255
介護予防通所リハビリテーション	2,003	2,004	2,004
介護予防短期入所生活介護	477	477	477
介護予防短期入所療養介護（老健）	363	363	363
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	882	882	882
特定介護予防福祉用具販売	188	188	188
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	1,838	1,839	1,839
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
介護予防支援	979	1,034	1,088
介護予防サービス給付費計	7,599	7,656	7,710

③ 総給付費（介護給付費・予防給付費介護サービス）

(単位：千円)

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
介護予防サービス給付費計	7,599	7,656	7,710
介護サービス給付費計	651,035	733,028	744,956
介護サービス給付費計	658,634	740,684	752,666

④ 地域支援事業費

(単位：千円)

	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	23,020	24,020	25,120
包括的支援事業・任意事業費	25,450	25,450	25,450
計(地域支援事業費)	48,470	49,470	50,570

5 第1号被保険者保険料の見込み

(1) 第8期事業費給付費の推計

(単位：千円)

	第8期			
	令和3年度	令和4年度	令和5年度	合計
標準給付費見込額(A)	702,493	782,962	795,167	2,280,622
介護給付費・予防給付費	658,634	740,684	752,666	2,151,984
特定入所者介護サービス費等給付額	27,007	25,334	25,476	77,817
高額介護サービス費等給付額	13,299	13,387	13,464	40,150
高額医療合算介護サービス費等給付額	3,000	3,000	3,000	9,000
算定対象審査支払手数料	553	557	561	1,671
地域支援事業費(B)	48,470	49,470	50,570	148,510
標準給付費＋地域支援事業費合計見込額	750,963	832,432	845,737	2,429,132

標準給付費＋地域支援事業費
2,429,132 千円

23%

第1号被保険者負担分相当額
558,700 千円

＋) 調整交付金調整額 117,639 千円
 －) 調整交付金見込額 133,436 千円
 －) 準備基金取崩額 22,550 千円

保険料収納必要額
520,353 千円

÷) 予定保険料収納率 98.00%
 ÷) 所得段階別加入割合補正後被保険者数 6,321 人
 ÷) 12 箇月

＝ **標準月額： 7,000 円** ※準備基金取崩額による影響額 303 円
 ※第7期標準月額 7,199 円

第8期における第1号被保険者の所得段階別保険料

	対 象 者	標準 乗率	保険 料率	保険料月額
第1段階	・生活保護被保護者等 ・世帯全員が市町村民税非課税かつ前年の合計所得金額＋課税年金収入が80万円以下	0.5	0.3	2,100
第2段階	・世帯全員が市町村民税非課税かつ前年の合計所得金額＋課税年金収入が80万円超120万円以下	0.75	0.5	3,500
第3段階	・世帯全員が市町村民税非課税かつ前年の合計所得金額＋課税年金収入が120万円超	0.75	0.7	4,900
第4段階	・本人が市町村民税非課税（世帯に課税者がいる） かつ前年の合計所得金額＋課税年金収入が80万円以下	0.9		6,300
第5段階	・本人が市町村民税非課税（世帯に課税者がいる） かつ前年の合計所得金額＋課税年金収入が80万円超	1.0 （基準額）		7,000
第6段階	・市町村民税課税かつ前年の合計所得金額120万円未満	1.2		8,400
第7段階	・市町村民税課税かつ前年の合計所得金額120万円以上210万円未満	1.3		9,100
第8段階	・市町村民税課税かつ前年の合計所得金額210万円以上320万円未満	1.5		10,500
第9段階	・市町村民税課税かつ前年の合計所得金額320万円以上	1.7		11,900

第8期における所得段階別の第1号被保険者数の見込み

段 階	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
第1段階	282	13.5%	285	13.5%	289	13.5%
第2段階	234	11.2%	237	11.2%	239	11.2%
第3段階	196	9.4%	199	9.4%	201	9.4%
第4段階	245	11.7%	247	11.7%	250	11.7%
第5段階	374	17.9%	378	17.9%	383	17.9%
第6段階	336	16.1%	340	16.1%	344	16.1%
第7段階	194	9.3%	197	9.3%	199	9.3%
第8段階	96	4.6%	97	4.6%	98	4.6%
第9段階	133	6.4%	134	6.3%	135	6.3%
計	2,090	100.0%	2,114	100.0%	2,138	100.0%

(2) 令和7年度の保険料等の見通し

区分	令和7年度
標準給付費見込額(A)	802,400,346
地域支援事業費(B)	48,241,035
第1号被保険者負担分相当額(D)	199,050,083
調整交付金相当額(E)	41,209,569
調整交付金見込交付割合(H)	4.21%
後期高齢者加入割合補正係数(F)	1.0381
所得段階別加入割合補正係数(G)	0.9960
調整交付金見込額(I)	34,698,000

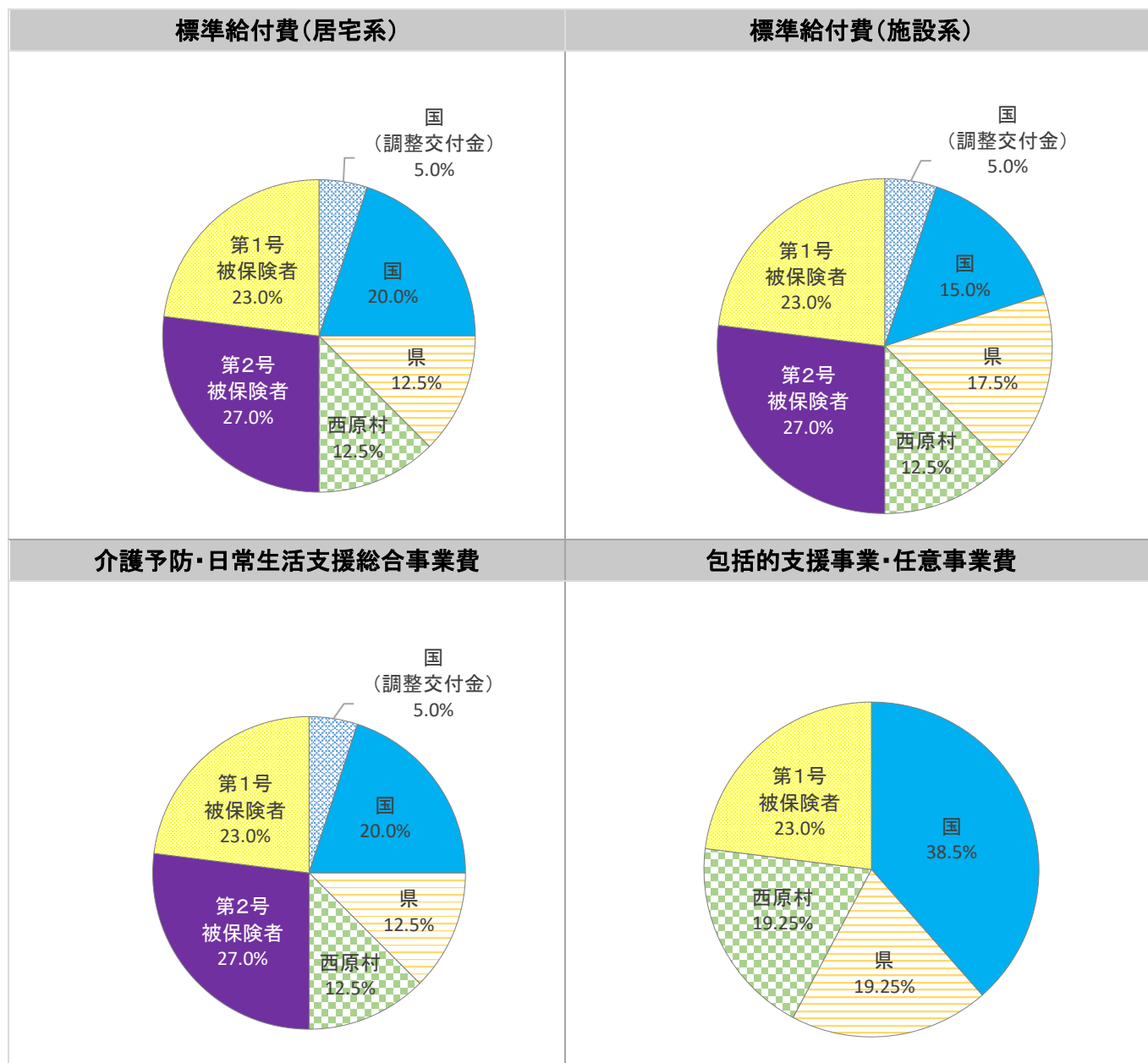
財政安定化基金償還金	0
準備基金の残高(各前年度末の見込額)	-
準備基金取崩額	-
審査支払手数料支払件数	8,123
保険料収納必要額(L)	205,561,652

予定保険料収納率	99.00%
----------	--------

保険料の基準額	年額	95,088
	月額	7,924

(3) 財源構成

介護保険財政の財源は、以下のとおり 65 歳以上の第 1 号保険料，40 歳～64 歳の第 2 号保険料，国の負担金，県・村の負担金及び高齢化率等で決められている調整交付金によって構成されています。



第6章 計画の推進と進行管理

1 推進体制の整備

地域包括支援センターを中心に、保健・医療・福祉の関係機関との連携を強化し、総合的なサービスを効果的に提供するとともに、地域が抱える課題の解決に積極的に取り組みます。

また、今後増加する高齢者及び認知症高齢者が、より健康で生き生きとした生活を送り続けるために、保健師、介護支援専門員等の専門職の確保に努めるとともに、認知症サポーター等の育成・研修を推進します。

2 計画の広報

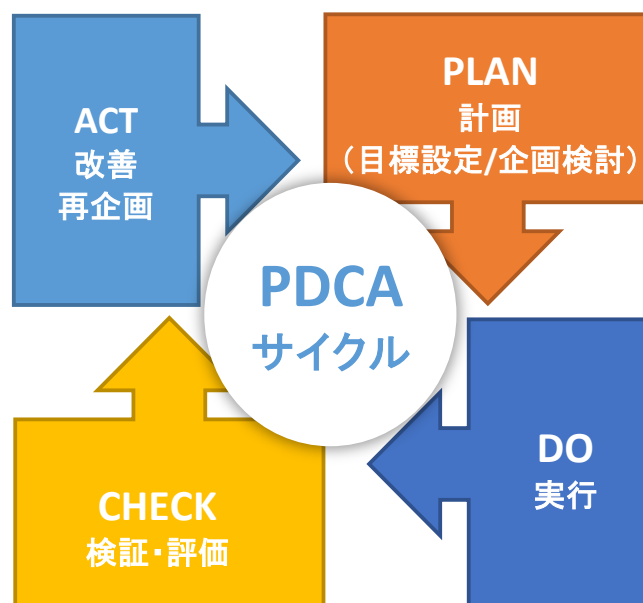
本計画の内容や高齢者福祉事業などについて、対象となる高齢者をはじめとして、広く村民に周知するため、広報誌やホームページなど、さまざまな媒体を活用して、広報・PR活動に取り組みます。

また、地域の組織や各種団体等とも連携し、高齢者が施策や事業内容を十分に理解し、サービスを適正に利用できるよう、きめ細かな情報提供に努めます。

3 計画の点検

高齢者福祉事業の円滑な実施、介護保険事業の適正な運営には、「計画の進行管理」が重要です。関係部署が連携して管理体制を構築し、計画の適正な運営に努めます。

介護保険事業特別会計など財政に関する事項、要介護認定、居宅サービス計画、不服申立て、相談窓口体制など事業に関する事項について、下図のPDCAサイクルを用いて、効果的な評価が実施される体制を構築します。



資料編

1 西原村介護保険事業計画及び高齢者福祉計画策定委員会設置要綱

平成20年12月1日

要綱第10号

改正 平成29年6月30日要綱第36号

令和元年12月27日要綱第27号

(設置)

第1条 本村における高齢者福祉施設及び介護保険制度の円滑な実施を図ることを目的とした、介護保険法(平成9年法律第123号)第117条の規定に基づく西原村介護保険事業計画(以下「介護保険事業計画」という。)及び老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の8の規定に基づく西原村高齢者福祉計画(以下「高齢者福祉計画」という。)を策定するため、西原村介護保険事業計画及び高齢者福祉計画策定委員会(以下、「委員会」という。)を設置する。

(所掌事務)

第2条 委員会は、次に掲げる事項について協議し、村長に報告するものとする。

- (1) 介護保険事業計画及び高齢者福祉計画の策定に関すること。
- (2) 前号に掲げるもののほか、介護保険事業計画及び高齢者福祉計画の策定に必要な事項に関すること。

(構成)

第3条 委員会は、委員10名以内をもって構成する。

2 委員は次に掲げるもののうちから村長が委嘱する。

- (1) 学識経験者
- (2) 保健・医療関係者
- (3) 介護保険事業者
- (4) 社会福祉関係者
- (5) その他村長が必要と認める者

(任期)

第4条 委員の任期は、委嘱の日から第2条で規定する所掌事務の終了日までとする。ただし、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。

(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各1名を置く。

2 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。

3 委員長は会務を総理し委員会を代表する。

4 副委員長は委員長を補佐し委員長に事故あるとき、又は委員長が欠けた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、委員長がその議長となる。

(関係者の意見)

第7条 委員長は必要があると認めるときは、委員以外のものに会議への出席を求めて意見を述べさせ、若しくは説明をさせ、又は必要な資料の提出を求めることができる。

(守秘義務)

第8条 委員及び前条の規定により会議に出席した者は、会議の内容その他職務上知り得た秘密を他に漏らしてはならない。

(庶務)

第9条 委員会の庶務は、保健衛生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必要な事項は委員長が別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、告示の日から施行する。
- 2 最初に開催される委員会は、第6条の規定にかかわらず、村長が招集する。

附 則(平成29年要綱第36号)

この要綱は、平成29年7月1日から施行する。

附 則(令和元年要綱第27号)

この要綱は、公布の日から施行する。

2 西原村高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画策定委員名簿

氏名	所属	役職
中西 義信	総務福祉常任委員会	委員長
瀬川 雅司	民生児童委員会	会長
今村 和己	老人クラブ連合会	会長
野村 裕常	のむら内科クリニック	村医
堀田 繁子	在宅介護の会	会長
廣瀬 るみ子	NPO法人たんぼぼハウス	施設長
泉田 元宏	西原村社会福祉協議会	事務局長
濱 秀則	特別養護老人ホーム みどりの館	副施設長
村上 政矢	くまもと長寿苑 そよ風	施設長

3 用語の解説

あ行

●ICT（アイ・シー・ティー）

「Information And Communication Technology」（インフォメーション・アンド・コミュニケーション・テクノロジー）の頭文字で人と人がコンピューター技術を活用して通信をすること。

●アウトリーチ

支援が必要であるにもかかわらず届いていない人に対し、行政や支援機関等が積極的に働きかけて情報支援を届ける取り組み。

●eラーニングシステム

おもにインターネットを用いて行う学習形態（eラーニング）を提供するための中心となるシステム

●インセンティブ

個々の取り組み状況によって見返りを与える取り組み。

か行

●介護予防

要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと。

●介護予防・日常生活支援総合事業

平成26年度の制度改正により再編成され、現在は、「介護予防・生活支援サービス事業」「一般介護予防事業」からなっている。介護予防・生活支援サービス事業には、訪問型サービス、通所型サービス、生活支援サービス（配食サービス等）、介護予防ケアマネジメント（介護支援専門員による居宅サービス計画。地域包括支援センターで行う）があり、要介護（要支援）認定で「非該当」に相当する第1号被保険者（高齢者）や要支援1・2と認定された被保険者を対象とする。介護予防訪問介護と介護予防通所介護がそれぞれ訪問型サービス、通所型サービスに移行するとともに、この介護予防・日常生活支援総合事業は、平成29年4月から全市区町村で実施している。

●虐待

暴力的な行為（身体的虐待）や暴言や無視、いやがらせ（心理的虐待）、勝手に金

銭等の資産を使ってしまうなどの行為（経済的虐待）、性的ないやがらせ（性的虐待）など。高齢者の虐待では、介護・世話の放棄・放任や行動を制限する身体拘束も含まれる。

●ケアマネジメント

要介護者等に対し、個々の解決すべき課題や状態に即した介護サービスが適切かつ効果的に提供されるよう、保健・医療・福祉にわたる介護サービスが総合的、一体的、効率的に提供されるサービス体系を確立すること。

●高齢者夫婦世帯

夫65歳以上妻60歳以上の夫婦一組の一般世帯。

さ行

●社会福祉協議会

社会福祉法に基づき設置され、地域の福祉推進の中核としての役割を担い、さまざまな活動を行っている非営利の民間組織。

●シルバーヘルパー

熊本県内の老人クラブ会員で熊本県老人クラブ連合会が実施したシルバーヘルパー養成講習会の修了者で、高齢者が在宅で安心して生活をできるように見守り、声かけなどを実践する友愛訪問員。

●生活習慣病

がん、脳卒中、心臓病、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、高尿酸血症など、食生活、運動、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が発症原因に関与していると考えられる疾患の総称。

●セルフマネジメント

自己管理や自律を意味し、自分の精神状態や健康状態を安定させ、より良い状態になるよう改善を図っていくこと。

●前期高齢者／後期高齢者

65歳以上の方のうち、65歳から74歳の方を前期高齢者、75歳以上の方を後期高齢者という。

た行

●第1号被保険者

介護保険では、日本国内に住所を有する65歳以上の人。

●地域包括支援センター

平成17年の介護保険法改正で制定された、地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防マネジメントなどを総合的に行う機関で、各市町村に設置される。

●地域密着型サービス

要介護者、要支援者ができる限り住み慣れた地域での生活が継続できるよう、平成18年4月の介護保険制度改正により、新たに創設されたサービス。利用者は、原則として当該市町村の被保険者に限られる。

な行

●日常生活圏域

住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備状況その他の条件を総合的に勘案して設定する。

●認知症

一度獲得された知能が、脳の器質的な障がいにより持続的に低下したり、失われたりする状態。

●認知症サポーター

認知症の人と家族への応援者であり、認知症について正しく理解し、偏見を持たず、認知症の人や家族を温かい目で見守るなど、自分のできる範囲で活動する人材。市町村等が開催する認知症の勉強会を受講すれば、誰でもなることができる。

●認知症初期集中支援チーム

家族等の訴えにより、医療・介護の専門職が複数で認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、初期の支援を包括的・集中的（おおむね6箇月）に行い自立した生活のサポートを行うチーム。

は行

●PDCAサイクル

プロジェクトの実行に際し、計画を立案し（Plan）、実行し（Do）、その評価（Check）に基づいて改善（Act）を行う、という行程を継続的に繰り返す仕組みのこと。

●フレイル

高齢者の健康状態と要介護状態の間にある「虚弱状態」のこと。身体機能の低下（フィジカルフレイル）、口腔機能の低下（オーラルフレイル）、認知・心理障害

(コグニティブフレイル)、社会的孤立(ソーシャルフレイル)といった様々な要素を含む多面的な概念であり、この状態が長く続くと、要介護や寝たきりのリスクが高まる。

● ボランティア

社会を良くするために、無償性、善意性、自発性に基づいて技術援助、労力提供などを行う人をいう。

ま行

● ミニデイサービス

デイサービス(通所介護)を利用するほどでもないが、健康面で不安のある方や、日中独居の方の交流の場。

● 民生委員

「民生委員法」に基づき各市町村に置かれる民間奉仕者で、都道府県知事又は指定都市・中核市の市長の推薦により厚生労働大臣が委嘱する。保護を要する人への適切な保護指導や福祉事務所その他の関係行政機関の業務に協力するなどを職務としており、「児童福祉法」による児童委員を兼務する。

ら行

● リハ職

リハビリテーションに関する職種の略称。後遺症や障害を持つ患者の身体機能回復に関連する仕事。

● 老人福祉法

老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、高齢者に対して、その心身の健康保持や生活の安定のために必要な措置を講じ、もって老人の福祉を図ることを目的とした法律。

● 老老介護

高齢者の介護を高齢者が行うことで、主に65歳以上の高齢の夫婦や親子、兄弟などのどちらかが介護者であり、もう一方が介護される側となること。

西原村 高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画

発行年月 令和3年3月

編集・発行 西原村 保健衛生課

〒861-2492 熊本県阿蘇郡西原村大字小森3259

電話番号：096-279-3111（代表） / FAX：096-279-3506
